Über die Erfolge der Ventrifixur und Vaginifixur beim Genitalprolaps.

(Aus der K. Universitäts-Frauenklinik zu Straßburg.
Prof. Dr. Fehling.)

Inaugural-Dissertation

der medizinischen Fakultät

der Kaiser-Wilhelms-Universität zu Straßburg i. E.

zur Erlangung der Doktorwürde

ACAD.
LUGD. BAT.
BIBL.

vorgelegt von

Alfred Fikentscher,
Medizinal-Praktikant.

Straßburg
Druck von M. DuMont Schauberg
1913.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Straßburg.

Referent: **Prof. Dr. Fehling.**

Trotz der verschiedenen entgegengesetztesten Ansichten über die Ätiologie des Prolapses und die daraus sich ergebende richtige kausale Therapie wurde auf dem Würzburger Gynäkologenkongreß 1903 das Prinzip der profixierenden Operationen kombiniert mit den verschiedenen scheidenverengenden Operationen doch als richtig anerkannt.

Damit wurde Küstner recht gegeben, der schon lange darauf hingewiesen hatte, daß bei einem mit einer Retrodeviation des Uterus kombinierten Prolaps die Lageanomalie des Uterus in erster Linie berücksichtigt werden müsse, und als erster 1888 bei Prolapsen die Olshausensche Ventrofixation gleichzeitig mit ausgiebiger Scheidendammplastik machte.

Fast zur selben Zeit wandte Mackenrodt seine Methode der Vaginifixur, ebenfalls mit Kolporrhaphien verbunden, bei Prolapsen an, ein Verfahren, das allerdings erst dann befriedigende Resultate ergab, als Küstner es insofern modifiziert hatte, als er die Fixation des Uterus nicht transperitoneal vornahm, wie Mackenrodt, sondern die vordere Bauchfelltasche in der Plica vesico-uterina eröffnete.

Auch andere Operateure, wie Sippel, Hofmeier, haben die Notwendigkeit einer Lagekorrektur des Uterus bei einer Prolapsoperation betont. Selbst diejenigen Autoren, welche auf Grund der Halban-Tandlerschen Untersuchungen in erster Linie die Insuffizienz des aus der Beckenbodenmuskulatur bestehenden Stützapparates für die Entstehung eines Prolapses verantwortlich machen, wie Latzko, Döderlein, Krönig, wollen ihre die Herstellung des Beckenbodens bezweckenden Operationen nur gleichzeitig mit lagekorrigierenden Eingriffen am Uterus machen. Heidenhain steht mit seiner Ansicht, daß die Lage des Uterus völlig gleichgültig sei, da „beim Vorfall die Blase infolge des auf ihr lastenden größeren Druckes die Vorhand habe", ziemlich allein.

Die Bedeutung der antefixierenden Lagekorrektur des Uterus erblickt Küstner darin, daß die Längsachse des Uterus aus der Richtung der Scheidenachse gebracht wird und so eine fehlerhafte Wirkung der Bauchpresse ausgeschaltet wird. Außerdem meint er, daß mit der Retroversio-flexio die subjektiven Beschwerden der Patienten natürlich fortbestehen, wenn der Uterus nicht profixiert wird. Die Ventrifixur hat außerdem den besonderen Vorteil, daß man durch sie den Uterus dauernd gut elevieren kann.

Döderlein-Krönig betonen ebenfalls als wichtiges Moment der Ventrifixur, daß bei wiederhergestellter Anteflexio der Uterus weniger leicht durch den Hiatus genitalis schlüpfen kann, während sie zur Vermeidung eines Cystocelenrecidivs die modifizierte Vaginifixur mehr empfehlen, bei welcher die Blase auf der Hinterwand des Uterus fixiert wird, so daß ihr der unter ihr festgelegte Uterus als Stütze dient.

Daß die fixierenden Operationen der Schwere jedes Falles entsprechend mit ausgiebigen scheidenverengenden Operationen und Dammplastiken kombiniert werden müssen, wird ausnahmslos von den Autoren als eine unerläßliche Forderung angesehen.

Es ergibt sich aus dem allen von selbst, daß die richtige Auswahl der Operation für jeden einzelnen Fall von großer Wichtigkeit ist, will man mit einiger Sicherheit ein gutes Dauerresultat erwarten.

Eine gewissenhafte Indikationsstellung vor Vornahme einer der beiden profixierenden Operationen muß aber noch aus einem andern Grund unbedingt gefordert werden: es kann nicht geleugnet werden, daß beide Methoden auch ihre Nachteile haben, ja allein durch die Schwere des Eingriffs das Leben der Patientin gefährden können. Dabei scheint es, daß die Ventrifixur in diesem Punkte vor der Vaginifixur durchaus nichts voraus hat. Die Bedenken, welche gegen die erstere als einen intraperitonealen Eingriff geltend gemacht werden, haben zweifellos ihre Berechtigung, doch kann bei unserer heutigen peinlichen Asepsis die Möglichkeit einer Infektion auf ein Minimum verringert werden. Und was die Ileusgefahr be-

trifft, so ist zwar überall in der Literatur darauf hingewiesen, aber kaum ein oder der andere Fall eines derartigen unglücklichen Ereignisses berichtet. Auch wir haben, solange die Ventrifixur gemacht wird, nie einen solchen Fall von Strangulationsileus gesehen. Durch eine gründliche breite Fixation des Uterus an der Bauchwand wird er sich auch immer vermeiden lassen.

Aber eine andere, nicht vitale Gefahr liegt bei der Ventrofixation zweifellos in der Hernienbildung. In 2 von unseren 34 Fällen ist ein solcher Narbenbruch entstanden, und Besse berichtet aus der Göttinger Frauenklinik, daß sie unter 49 teils bei einfacher Retroflexio uteri, teils bei Retroflexio mit Prolaps ausgeführten Ventrofixationen 11 Hernienbildungen gesehen haben! Es ist selbstverständlich, daß derartige Fälle, in denen die Frauen von einem Leiden befreit werden, um mit einem anderen, mindestens ebenso unangenehmen, behaftet zu werden, unter allen Umständen vermieden werden müssen, und es ist ein Glück, daß es hier mehr als in irgend einem andern Punkt der Operateur selbst in der Hand hat, durch peinlich genaue Ausführung der Bauchdeckennaht dem Entstehen einer Hernie vorzubeugen und so das sonst günstige Resultat der Operation nicht illusorisch zu machen.

Daß nun die vaginofixierenden Methoden, wie sie zur Heilung von Prolapsen geübt werden, weniger lebensgefährlich sind als die Ventrofixation, können wir, wie gesagt, nicht finden. Es scheint bei ihnen vor allem die Gefahr von Nachblutungen, die recht bedenklich werden können, zu bestehen, was vielleicht darauf zurückzuführen ist, daß eine exakte Blutstillung wegen der schlechteren Übersichtlichkeit des Operationsfeldes, als wir sie bei dem per laparotomiam vorgenommenen Eingriff haben, entschieden erschwert ist. So haben wir bei der bei uns üblichen, später näher zu beschreibenden Methode einen Fall (55) an Verblutung nach innen verloren. Auch unter den 58 nach dem Schauta-Wertheimschen Interpositionsverfahren operierten Fällen, über die ein Bericht von Marcus aus der Heidelberger Frauenklinik vorliegt, befinden sich 2 Fälle von Exitus an Verblutung; beide Male fanden sich bei der Sektion

diffuse Hämatome im Beckenbindegewebe des praeuterinen Raumes. Bei 2 anderen Fällen dieser Klinik war wegen sehr starker Nachblutung sofortige Laparotomie nötig.

Ein weiterer Fall von uns, der im Anschluß an die Operation starb (47), zeigt, daß bei der Vaginifixur auch die Gefahr der Sepsis nicht ausgeschlossen ist. Je mehr das corpus uteri aus dem Peritonealraum herausluxiert wird, desto leichter können in dem subperitonealen Bindegewebsraum, der nun von dem extraperitoneal liegenden Uterus nicht ganz ausgefüllt wird, Nischen und Spalträume entstehen, in denen sich Wundsekret ansammeln und stauen und schließlich zur Abszeßbildung, im weiteren Verlauf zur tödlichen Sepsis führen kann. Einer solchen Wundsekretstauung kann durch Einlegen eines ableitenden Drains, wie es bei uns üblich ist, erfolgreich vorgebeugt werden.

Richtet man auf letzteren Punkt sein besonderes Augenmerk und macht man sich eine gewissenhafte, exakte Blutstillung zum Prinzip, so kann man sicherlich auch die Vaginifixur zu einem verhältnismäßig gefahrlosen Eingriff machen, der zur Beseitigung eines für die Frauen so lästigen Leidens durchaus berechtigt ist, wenn man sich überzeugt hat, daß es durch andere, weniger gefährliche Mittel nicht mehr erfolgreich bekämpft werden kann.

Wenn trotz der verhältnismäßigen Unbedenklichkeit die Indikation für die beiden Operationsverfahren der Ventri- und Vaginifixur im letzten Jahrzehnt sehr eingeschränkt worden ist, so daß man sie zu den selteneren operativen Eingriffen zählen muß, so geschah das auf Kosten der Alexander-Adamsschen Operation, die sich einer in den letzten Jahren immer mehr zunehmenden Beliebtheit, auch zur Behandlung größerer, mit Retroflexio-versio uteri komplizierter Prolapse erfreut. Hat sie auch einerseits den Nachteil, daß sie keinen Einblick in die Leibeshöhle gewährt und deshalb etwa vorhandene Adhäsionen nicht entdeckt werden und später wieder zu Recidiven führen können, so hat sie doch andrerseits vor den andern beiden profixierenden Methoden den Vorteil völliger Gefahrlosigkeit voraus.

So zeigt sich auch bei Durchsicht des die letzten 11 Jahrgänge umfassenden Materials der Straßburger Frauenklinik, daß von den vielen Prolapsen mit Retrodeviationen des Uterus, die in dieser Zeit zur Operation kamen, nur verhältnismäßig wenig nach den ventro- und vaginofixierenden Methoden behandelt wurden. Es sind alles in allem 67 Fälle, über die in vorliegender Arbeit besonders in bezug auf ihr Ergebnis berichtet werden soll, und zwar kam in 34 Fällen die Ventrofixation, in 33 Fällen die Vaginofixation zur Anwendung.

Die Indikation für die Ventrifixur war gegeben in erster Linie bei allen Prolapsfällen, bei denen es sich gleichzeitig um eine direkt oder indirekt, durch entzündliche Adnexe, fixierte Retroversio-flexio des Uterus handelte. Ferner auch bei mobiler Retroflexio, wenn die Prolapse besonders groß waren und der sehr vergrößerte, schwere Uterus eine andere Fixationsmethode, besonders die Vaginifixur, kontraindizierte, ganz besonders auch, wenn eine andere, in früherer Zeit vorgenommene Operation einen Mißerfolg gegeben hatte. Schließlich wurde die Ventrofixation bei mit anderen Adnexerkrankungen komplizierten Fällen ausgeführt, die ohnedies eine Laparotomie notwendig machten.

Für die Vaginifixur war andrerseits Hauptbedingung ein vollkommen mobiler Uterus. Sie wurde gegenüber der Alexander-Adamsschen Operation bevorzugt, wenn infolge einer großen Cystocele Incontinentia urinae im Vordergrund der Beschwerden stand. Auf eine geeignete, normale Größe des Uterus wurde besonders geachtet. Die Größe des Vorfalls an sich spielte keine Rolle.

Daß selbstverständlich in Rücksicht auf eventuell noch zu erwartende Schwangerschaften auch das Alter bei der Auswahl der Operationen in Betracht gezogen wurde, zeigt die Tatsache, daß im konzeptionsfähigen Alter (bis zum 45. Jahr) die Ventrifixur 21 mal, die Vaginifixur nur 7 mal ausgeführt wurde, während im klimakterischen Alter die beiden Methoden 13 mal bezw. 26 mal zur Anwendung kamen.

Was die Ausführung der Operationen betrifft, so wäre betreffs Ventrofixation zu sagen, daß die Fixierung des Uterusfundus an die Bauchwand in allen Fällen nach der Czerny-

Leopoldschen Modifikation vorgenommen wurde: Durch 3—5 Nähte, die Faszie, Peritoneum, Uterus faßten, wurde die Mitte des Fundus ungefähr in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse an der Bauchwand befestigt.

In einem einzigen Fall (2) wurde außer der medianen Naht der Uterus auch noch mit seinen Kanten nach Olshausen fixiert; es handelte sich hier um einen hartnäckigen Recidivfall, bei dem schon einmal die Kolporrhaphia ant. allein, später die Vaginofixation ausgeführt worden war. Da die Beobachtungszeit erst 15 Monate lang ist, kann über den Dauererfolg der letzten Operation noch kein Urteil gefällt werden; zunächst hat sich der Vorfall nicht mehr gezeigt, die Beschwerden scheinen allerdings nicht ganz geschwunden zu sein.

Als Nahtmaterial kam bei der Operation in der Regel Seide und Catgut in Anwendung.

Die Vaginifixur wurde in den meisten Fällen folgendermaßen ausgeführt:

Nach Vorziehen der Portio Türflügelschnitt in der vordern Vaginalwand. Nach Abpräparieren beider Lappen wird die Blase möglichst hoch hinauf präpariert und eventuell durch Tabaksbeutelnaht zurückgehalten. Dann wird der vordere Douglas in der Plica vesico-uterina durch Querschnitt eröffnet und der Uterus hervorgezogen. Hierauf wird das Blasenperitoneum auf der Hinterwand des Uterus festgenäht und der möglichst weit nach vorn gelagerte Uterus durch Seide-Catgutknopfnähte (oder auch nur Catgut) an die vordere Scheidenwand fixiert. Die beiden Scheidenlappen werden je nach Bedarf reseciert und dann die Schleimhautwundränder so vor dem Uterus vereinigt, daß sie denselben vollständig zudecken. Es ist also eigentlich auch eine Art Interposition wenigstens des Fundusteiles des Uterus, während nah Schauta der ganze Uterus extraperitoneal gelagert wird, und kommt ungefähr dem gleich, was Döderlein-Krönig „hohe Vaginifixur" nennen. In einigen wenigen Fällen wurde allerdings von dem angegebenen Verfahren etwas abgewichen, indem beim Legen der fixierenden Nähte Scheide, Peritoneum und Uterus gleichzeitig gefaßt wurden; doch kommt das für die Beurteilung der Ergebnisse nicht in Betracht.

Wichtig ist nur noch, daß meistens aus oben besprochenen Gründen an beiden Enden der Sagittalnaht in den subperitonealen Bindegewebsraum kleine Vioformgazestreifen zur Ableitung allenfalls sich ansammelnden Sekrets eingelegt wurden.

Beide Fixationsmethoden wurden natürlich nach dem oben festgelegten Grundsatz fast ausnahmslos durch Hilfsoperationen unterstützt, die hauptsächlich in scheidenverengenden Eingriffen verbunden mit Dammplastik, also Kolporrhaphia ant. et post., bezw. Kolpoperineorrhaphie bestanden. Letztere wurde bei den Ventrofixationen entweder vor der Laparotomie gleichzeitig mit der Kolporrh. ant. gemacht, oder erst ungefähr 14 Tage nach der ersten Operation angeschlossen. Auch die Amputatio portionis kam als Hilfsoperation häufig in Betracht und bei der Ventrifixur wurde in 1/4 der Fälle noch eine intraabdominelle Verkürzung der Ligg. rotunda vorgenommen durch Faltung und Festnähen auf der Vorderwand des Uterus.

Nun zur Besprechung unsrer Fälle selbst und ihrer Resultate. Zuvor sei noch bemerkt, daß es leider nur bei insgesamt 52 Fällen möglich war, Kenntnis von ihrem Resultat zu bekommen. In 2 der übrigen Fälle (47, 55) war der Tod im Anschluß an die Operation eingetreten, 4 Patientinnen (21, 33, 58, 67) waren inzwischen gestorben, ohne daß man seit der Operation noch etwas von ihnen erfahren hatte, bei 6 Patientinnen (13, 14, 17, 20, 28, 32) konnte die Adresse nicht ausfindig gemacht werden und 3 Patientinnen schließlich (7, 23, 35) gaben trotz wiederholter Aufforderung auf die an sie gerichteten Fragen keine Antwort.

Von den 52 verwertbaren Fällen wiederum können nur 26 Anspruch auf unbedingte Verläßlichkeit machen, da es sich entweder um Privatfälle handelt oder, wie bei den meisten dieser Fälle, die Nachuntersuchung in der poliklinischen Sprechstunde der Klinik vorgenommen wurde; es sei mir an dieser Stelle gestattet, den Herrn Assistenzärzten, die die Liebenswürdigkeit hatten, mich bei diesen Nachuntersuchungen zu unterstützen, hiefür meinen besten Dank auszusprechen. In 4 Fällen (19, 31, 61, 65) trafen auch Nachrichten von den behandelnden Ärzten ein, die natürlich als absolut zuverlässig gelten

können. In den 26 übrigen Fällen müssen wir uns auf die schriftliche Beantwortung der an die Patientinnen gerichteten Fragen verlassen, die allerdings so gestellt waren, daß man sich ein Bild über das Resultat der Operation machen kann. Wir halten uns jedenfalls für berechtigt, diese Fälle bei der Berechnung der Dauerresultate mit zu verwerten; denn es ist anzunehmen, daß sich die Frauen, die einmal mit so einem lästigen Leiden behaftet waren, sich ständig selbst genau beobachten, und außerdem kann man sicherlich von einem Dauererfolg eines operativen Eingriffs sprechen, wenn eine Patientin berichtet, daß sie seit der jahrelang zurückliegenden Operation nie wieder Beschwerden gehabt hat und vollkommen arbeitsfähig ist.

Als „Dauererfolg" bezeichnen wir herkömmlicherweise nur ein günstiges Resultat einer Operation, seit der bis zur Nachuntersuchung mindestens 2 Jahre verstrichen sind. Die innerhalb der letzten 2 Jahre operierten Fälle, die bis jetzt nicht recidiviert haben, wollen wir als „guten Erfolg" vermerken.

Wenn wir nun die 34 Fälle mit Ventrofixation (siehe I. Tabelle!) nach den verschiedenen Hilfsoperationen, mit denen kombiniert sie ausgeführt wurde, zusammenstellen und für jede Gruppe die Resultate berechnen, so ergibt sich folgende Reihe:

Ventrofixation allein: 2 mal mit unbekanntem Erfolg.

Ventrofixation verbunden mit Kolpoperineorrhaphie: 8 mal

4 Dauererfolge
1 guter Erfolg
2 Recidive
1 unbekanntes Resultat.

Kolporrh. ant. et post.: 8 mal

4 Dauererfolge
1 Recidiv
3 unbekannte Resultate.

Amputatio portionis vag. et Kolpoperineorrh.: 3 mal

1 Dauererfolg
2 Recidive.

Kolporrh. ant. et post. und Amputatio port. vag.:
4 mal 1 guter Erfolg
1 Recidiv
2 unbekannte Resultate.

Kolporrh. ant. et post. u. intraabdominelle Verkürzung der Ligg. rotunda: (3 mal mit Amput. port. verbunden) 9 mal 4 Dauererfolge
3 Recidive (darunter ein vollständiger Mißerfolg)
2 unbekannte Resultate.

Im ganzen haben wir also 24 Fälle mit bekanntem Resultat und zwar befinden sich darunter 13 Dauererfolge, 2 gute Erfolge und 9 Recidive. Sehen wir von den 2 Fällen mit gutem Erfolg ab (1, 2), weil die Beobachtungszeit nicht lang genug ist, so treffen auf die übrigen 22 Fälle:

13 Dauererfolge = 59,1 %
9 Recidive = 40,9 %

Die Beobachtungszeit beträgt
2—4 Jahre für 7 Fälle, mit 5 Dauererfolgen
4—8 „ „ 5 Fälle, „ 2 Dauererfolgen
8—11 „ „ 10 Fälle, „ 6 Dauererfolgen.

Unter den 9 Mißerfolgen sind 8 partielle Recidive geringeren Grades. Bei 6 dieser Fälle (3, 11, 12, 30, 31, 34) konnte der Grad des wieder aufgetretenen Vorfalls ärztlich festgestellt werden, in 5 Fällen bestand wieder ein mäßiger Descensus beider Vaginalwände, einmal (12) hatte sich nur die vordere Wand wieder etwas gesenkt. Der Uterus lag in sämtlichen nachuntersuchten Recidivfällen sehr gut, d. h. in Anteflexio an die Bauchwand fixiert. Für den geringen Grad der Recidive spricht auch die Tatsache, daß nur in 5 Fällen eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit infolge subjektiver Beschwerden angegeben wurde:

3 mal (8, 11, 31) wurde besonders über Kreuzschmerzen, Unterleibskrämpfe, Harndrang wieder geklagt, 1 mal (3) äußerten sich die Beschwerden vor allem in leichter Ermüdbarkeit und Abgespanntheit bei schwerer Arbeit, das 5. mal (15) stand starker Ausfluß im Vordergrund der Erscheinungen.

In den andern 3 Fällen dagegen (12, 30, 34) gaben die Patientinnen trotz Recidiv an, vollkommen beschwerdefrei und arbeitsfähig zu sein. Im Fall 30 wurde nur wegen abermaliger Senkung beider Scheidewände nach 9 Jahren die Kolp. ant. und Kolpoperineorrh. wiederholt, während im Fall 34 ein Ring zum Zurückhalten des Vorfalls genügte.

Besondere Beachtung verdient der 9. Recidivfall (27), bei dem es sich allerdings um einen vollständigen Mißerfolg handelt. Die Ursache dieses Mißerfolges ist jedoch leicht zu erkennen; die Patientin war schon 5 Monate nach der Operation wieder gravid und als sie sich nach 4 Jahren wieder zeigte, hatte sie in der Zwischenzeit 2 ausgetragene Geburten und 2 Fehlgeburten durchgemacht; es bestand wieder ein Vorfall der vordern Scheidenwand mit Cystocele. Nach weiteren 2 Jahren war der Vorfall so groß, daß die vaginale Totalexstirpation mit erneuter Dammplastik vorgenommen werden mußte. Der Fall ist ein typischer Beweis für den außerordentlich schädigenden Einfluß, den nachfolgende Schwangerschaften auf das Resultat einer Prolapsoperation haben können.

Als recht unangenehme Nebenerscheinungen wären noch die beiden Narbenbrüche zu erwähnen, die in den Fällen 12 und 15 neben den Vorfallrecidiven aufgetreten sind. Auf die Wichtigkeit einer exakten Bauchdeckennaht zur Vermeidung derartiger Brüche wurde schon oben hingewiesen.

Im allgemeinen sind bei unsern Fällen die Bauchwunden gut geheilt. In einem einzigen Fall (34) wird angegeben, daß die Wunde noch 1 Jahr lang eiterte und einmal (26) war Incision eines Teiles der Bauchwunde und Secundärnaht nötig; in allen übrigen beobachteten Fällen erfolgte die Vereinigung der Wundränder per primam intentionem.

Überhaupt war der Heilungsverlauf fast stets ein ungestörter. Nur 4 mal (2, 7, 23, 34) traten in der Rekonvalescenz geringe, mehrtägige Temperatursteigerungen bis 38,5°, 1 mal (12) bis 38,9° auf, in einem Fall (23) wurde die Heilungsdauer gleichzeitig durch Infiltration eines Teiles der Laparotomiewunde hinausgeschoben.

Unangenehmere Komplikationen traten nur bei Fall 14

ein, wo vom 13. Tage an eine Pyelonephritis dazukam, die die Verlegung der Patientin in die medizinische Klinik notwendig machte, und bei Fall 16, wo in den ersten Tagen p. op. recht beängstigende Symptome einer Pelveoperitonitis auftraten, die jedoch nach Behandlung mit Antistreptococcenserum wieder verschwanden.

Ganz auffallend groß ist in unserer Reihe von Fällen die Zahl der gleichzeitigen Adnexerkrankungen, hinter denen zum Teil die Vorfallerscheinungen ganz in den Hintergrund traten. In 14 Fällen (d. i. 41,2%!) fanden sich zum Teil recht beträchtliche Tumoren des Ovariums, 2 mal (15, 16) des Ovariums und der Tube. In manchem dieser Fälle darf sicherlich der Tumor als hauptsächliches, oder ausschließliches ätiologisches Moment für die Entstehung des Prolapses angesprochen werden. In einem großen Teil der übrigen Fälle (2, 4, 5, 6, 9, 18, 24, 25, 26, 31) wurde als auslösende Ursache des Vorfalls ausdrücklich eine Geburt angegeben.

Wir kommen nun zu den 33 Fällen mit Vaginofixation (siehe II. Tabelle!), die wir ebenfalls zunächst nach ihren Hilfsoperationen mit den entsprechenden Resultaten aufzählen wollen.

Die Vaginifixur wurde ausgeführt verbunden mit:

Kolporrh. ant.: 1 mal.
Exitus p. operat.

Kolporrh. post. (Kolpoperineorrh.): 3 mal
2 Dauererfolge
1 Recidiv.

Amputatio port. vag. u. Kolpoperineorrh.: 5 mal
4 Dauererfolge
1 unbekanntes Resultat.

Kolporrh. ant. (evtl. mit Blasenreffung) Kolpoperineorrh.: 19 mal
8 Dauererfolge
1 guter Erfolg
8 Recidive
2 unbekannte Resultate.

Amput. port. vag. u. Kolporrh. ant. et post.: 5 mal
2 Dauererfolge
2 gute Erfolge
1 Exitus post operat.

Unter den 28 Fällen mit bekanntem Ergebnis befinden sich also 16 Dauererfolge, 3 gute Erfolge und 9 Recidive. Wir rechnen die 5 Fälle, deren Operation noch nicht 2 Jahre zurückliegt (36, 37, 38 mit gutem Resultat, 39, 40 mit Recidiv) wieder nicht mit, dann treffen auf 23 Fälle:

16 Dauererfolge = 69,6%
7 Recidive = 30,4%.

Der Beobachtungszeit nach lassen sich die Fälle folgendermaßen zusammenstellen:

2— 4 Jahre: 7 Fälle mit 5 Dauererfolgen
4— 6 „ 8 „ „ 5 „
6—10 „ 8 „ „ 6 „

Von den übrigen Fällen lenken zunächst die beiden die Aufmerksamkeit auf sich, welche wir im Anschluß an die Operation durch den Tod verloren, und deren Krankheitsverlauf wir kurz skizzieren wollen. Im ersten Fall (47) begann die Verschlimmerung am 3. Tag p. op. mit den Symptomen einer Cystitis. Schon am 4. Tag stieg die abendliche Temperatur auf über 39° und hielt sich während des ganzen Krankheitsverlaufes zwischen 39° und 40,4°. Im Blut wurde kulturell der Staphylococcus aureus nachgewiesen. Vom 13. Tag an war Pat. stark benommen; in der Haut des ganzen Körpers entstanden stecknadelkopf- bis erbsengroße rote Knötchen und Flecken. Die vordere Vaginalwand war eitrig belegt, in der Wunde, die bei leichtem Druck auseinanderwich, zeigten sich mehrere buchtige Höhlen, dabei starker Ausfluß. Infiltration ließ sich nirgends nachweisen, auch vom Rectum aus nicht. Puls und Atmung wurden immer frequenter und oberflächlicher und am 15. Tag p. oper. erfolgte unter zunehmender Somnolenz und Lungenödem der Exitus. Diagnose: chron. Sepsis.

Bei dem andern Fall (55) war die Operation in Scopolamin-Morphium-Narkose vorgenommen worden. Am 1. Tag p. oper. abends 8 h beginnt es wenig aus der Vagina zu bluten. Nachts 1 h geht eine größere Menge Blut ab, worauf sofort die Scheide tamponiert wird. Trotz Kochsalzinfusion 500 + 500 ccm u. Kampfer wird der Puls immer kleiner und frequenter, eine Blutung nach innen kann palpatorisch nicht festgestellt

werden. Um 3½ Uhr nachts tritt der Exitus ein unter den Zeichen zunehmender Herzschwäche.

Diagnose: Verblutung nach innen.

Es ist möglich, daß es aus den Blasengefäßen nachgeblutet hat, die noch unter der vasodilatatorischen Wirkung des Scopolamins standen. Auffallend ist es immerhin, warum das Blut nicht den nächstliegenden Weg, nach außen, eingeschlagen hat.

(Vgl. zu den beiden Fällen d. Auszüge aus den Sektionsprotokollen in der Tabelle!)

Von den 9 Recidiven konnten 5 ärztlich nachuntersucht werden. In 4 Fällen war wieder die vordere Scheidenwand vorgefallen, und zwar 2 mal (48, 52) nur mäßig, im Fall 52 senkte sie sich eigentlich nur bei starkem Pressen, in Fall 41 dagegen bestand wieder ein ziemlich bedeutender Descensus anterior, auch die Portio trat hier beim Pressen merklich tiefer, und von Fall 65 berichtete der Arzt, daß seit ½ Jahr wieder ziemlich starker Descensus der vorderen Scheidenwand mit Cystocele bestünde und die Patientin sich gegenwärtig wieder in ärztlicher Behandlung befände. In einem ärztlich nachkontrollierten Fall (39) hatten sich beide Scheidenwände wieder gesenkt, besonders aber die hintere; die Portio trat beim Pressen nicht tiefer, und der Uterus lag in guter Anteflexio. Also auch hier waren mit einer einzigen Ausnahme (41) stets nur die Scheidenwände an der wiedereingetretenen Senkung beteiligt, eine ziemliche Beweglichkeit des Uteruskörpers war freilich in allen Recidivfällen mehr weniger zu konstatieren.

Was die subjektiven Beschwerden betrifft, so gaben in 3 Fällen (39, 52, 57) die Patientinnen an, vollständig frei von Beschwerden und vollkommen arbeitsfähig zu sein; nur in einem Fall (39) wurde über zeitweise Inkontinenz der Blase geklagt. 4 Patientinnen (41, 48, 50, 64) konnten nur leichtere Arbeit ganz ohne Beschwerden verrichten. In den 2 letzten Fällen endlich (40, 65) war die Arbeitsfähigkeit stark beeinträchtigt, in ersterem Fall bestanden noch die nämlichen Beschwerden wie vor der Operation, vor allem unwillkürlicher Harnabgang bei jedem Pressen, und auch im andern Fall

wurde hauptsächlich über Beschwerden beim Wasserlassen geklagt.

Auch bei den mit Vaginifixur operierten Fällen war der Heilungsverlauf verschiedentlich kein glatter. 4 mal (35, 37, 56, 59) traten in der Nachbehandlungszeit geringe Temperatursteigerungen auf, die jedoch für die Heilung ohne wesentliche Bedeutung waren.

Wichtiger und offenbar charakteristisch für den vaginalen Eingriff sind die Störungen von seiten der Blase, die wir auch bei unsern Fällen einigemale beobachteten. In den Fällen 52 und 61 mußte, da spontanes Wasserlassen unmöglich, die ersten 9 bezw. 8 Tage p. op. katheterisiert und die Blase gespült werden; im Fall 46 war sogar eine Dilatation der Urethra mit Hegar'schen Metallstiften nötig. Und in Fall 45 stellte sich am 6. Tag eine sehr heftige Cystitis ein mit Temperaturen bis zu 40°, die 36 Tage Nachbehandlung erforderte.

Zu beachten sind ferner unter den Störungen im Heilverlauf die beiden Fälle 39 und 40 wegen der Nachblutungen, die einmal ganz plötzlich erst am 4. Tag p. oper. auftraten, im andern Fall die ganzen ersten 5 Tage andauerten. Auf die mit solchen Blutungen verknüpfte Gefahr wurde schon oben hingewiesen.

Schließlich war in einem Fall (51) die Rekonvalescenz durch eine postoperative Bronchitis gestört und in Fall 61 kam als Komplikation noch eine langwierige Thrombose der rechten Vena saphena hinzu.

Bei ganz normalem Heilungsverlauf konnten die Patientinnen schon am 13. bis 16. Tag nach der Operation entlassen werden. —

Fassen wir nun die nach beiden fixierenden Methoden operierten Fälle zusammen, so wurden im ganzen **64,4 %** **Dauerheilungen** erzielt.

In 35,6 % traten Recidive auf, die fast stets leichteren Grades waren. Aber gerade aus dem Umstand, daß es sich bei allen diesen Fällen, das eine totale Recidiv (27) ausgenommen, nur um eine abermalige Senkung der vordern oder hintern Scheidenwand oder beider zugleich handelt, läßt sich

ersehen, von welch großer Bedeutung eine sorgfältige Wahl und Ausführung der in Scheiden- und Dammplastiken bestehenden Hilfsoperationen für die ganze Prognose der Operation ist. Mit Recht legt Küstner auf diesen Punkt besonderen Wert, wenn er sagt:

„Es ist trotz Ventrifixur durchaus nicht gleichgültig, wie die scheidenverengende Operation ausfällt. Das beste Verfahren ist gerade eben nur gut genug, und es kommt darauf an, daß die Heilung der Kolporrhaphiewunden ebenso tadelfrei erfolgt, wie die Laparotomie. Sonst kann der Erfolg der ganzen Operation in Frage gestellt werden."

In den vaginifixierten Fällen könnte man allerdings, besonders bei den Fällen mit abermaliger Senkung der vordern Wand mit Cystocelenbildung, vielleicht dem Umstand die Schuld geben, daß die Blase zu wenig frei präpariert und abgeschoben und dadurch der Uterus zu wenig weit vorne an der Scheidenwand fixiert wurde, wodurch einem Hauptzweck dieser Operation, dem Stützen der Blase durch den Uterus, nicht genügend Rechnung getragen wurde. Döderlein-Krönig machen auf die genaue Erfüllung dieser Forderung ganz besonders aufmerksam, indem sie gerade im möglichst hohen Zurückschieben der Blase und der möglichst hohen Fixierung derselben am Fundus des Uterus die Wichtigkeit der für die Prolapsbehandlung modifizierten Vaginifixur erblicken.

Einen weiteren Punkt, den er zur Vermeidung von Recidiven nach Vaginifixur für außerordentlich wichtig hält, erwähnt Stoeckel: er fordert exakteste Blutstillung, damit „die Kohärenz der Gewebe nicht durch Blutergüsse gestört wird". Die Berechtigung dieser Forderung sehen wir an zweien unsrer Fälle (39, 40); es ist sehr leicht möglich, daß hier die Recidive in den Nachblutungen ihren Grund haben. Auch Marcus erwähnt unter seinen Fällen einen mit starker Nachblutung, der sehr bald recidivierte.

Werden alle diese Momente bei Ausführung der Operation genau beachtet, so verspricht die Vaginifixur eigentlich bessere Erfolge als die Ventrofixation, und unser Resultat stimmt darin mit der Ansicht Döderlein-Krönigs überein, die unter den

profixierenden Operationen bei Prolapsen auch die Vaginifixur als die leistungsfähigste empfehlen. Eine derartig hohe Mortalität (auch die Heidelberger Klinik hat unter 58 Fällen 6,9% operative Mortalität!) müßte allerdings vermieden werden können, um die Operation zu einer wirklich vertrauenerweckenden zu machen.

Ein großer Nachteil der Vaginifixur gegenüber der Ventrofixation wird freilich immer wieder mit Recht geltend gemacht: wegen der schweren Gefahren, die die vaginale Operation für spätere Schwangerschaften und Geburten bedeutet, darf sie nur bei nicht mehr konzeptionsfähigen Frauen ausgeführt werden, es sei denn, daß die Sterilisation gleichzeitig vorgenommen wird.

Damit kommen wir noch kurz auf die Sterilisierungsfrage für solche Fälle zu sprechen:

In den letzten Jahren wird mehr und mehr die Forderung gestellt, mit Vornahme der Ventrofixation und Vaginofixation zur Heilung eines Prolapses prinzipiell die Sterilisation zu verbinden; nicht nur, um spätere schwere Schwangerschafts- und Geburtsstörungen zu verhindern, sondern besonders auch, um den günstigen Erfolg der Operation durch weitere Geburten nicht zu gefährden.

Unsere Fälle können leider zur Nachprüfung dieses nachteiligen Einflusses von Geburten bei operierten Prolapsen nicht verwendet werden, da eine einzige Patientin (27) nach der Operation noch mehrmals konzipiert hat. Hier lag ja allerdings die zerstörende Wirkung der Geburten auf das Operationsresultat auf der Hand. Auf Grund früherer Feststellungen jedoch müssen nach Fehling in 50% aller Prolapsrecidive Geburten als Ursache angesehen werden. Auch Küstner meint, daß „das Wiederentstehen eines Vorfalls durch nichts in so hohem Maße befördert wird, als durch Schwangerschaft und Geburt", und er hält es deshalb für völlig gerechtfertigt, die Prolapsoperation mit Operationen zu verbinden, welche spätere Schwangerschaften verhüten. Ebenso tritt die Freiburger Schule sehr für die Durchführung der prinzipiellen Sterilisierung bei Prolapsoperationen ein. Latzko will ohne gleichzeitige Sterilisation einen Prolaps überhaupt nicht mehr operieren; er empfiehlt die

Annahme des von ihm seit längerer Zeit durchgeführten Grundsatzes „den an Prolaps leidenden Frauen in geschlechtsreifem Alter die Wahl zu lassen zwischen Operation und Sterilisation einerseit und Tragen eines Pessars, so lange sie auf Kindersegen reflektieren, andrerseits.“

In unsern Fällen wurde bei Vaginifixur stets gleichzeitig die vaginale Tubensterilisation ausgeführt, wenn noch Geburten zu erwarten waren; im allgemeinen wurde diese Operation, wie oben ausgeführt, bei Frauen in geschlechtsreifem Alter überhaupt vermieden. Bei den Ventrofixationen wurde die Sterilisation nicht prinzipiell vorgenommen. Sie wurde 12 mal mit der fixierenden Operation verbunden, in 8 Fällen hätten noch Geburten eintreten können, doch war es in den meisten dieser Fälle wegen vorgerückten Alters doch recht unwahrscheinlich.

Können uns nun die durch die beiden profixierenden Operationen erzielten Dauererfolge voll befriedigen? Zweifellos nein. Denn auch die Resultate anderer Kliniken zeigen, daß mit diesen Operationen kaum die Hälfte bis 2 Drittel aller so behandelten Prolapse geheilt werden können; so berichtet beispielsweise Besse aus der Göttinger Frauenklinik über 16 Ventrofixationen mit 43,8% Dauerheilung und 5 Vaginofixationen mit 60% Dauererfolgen. Man wird aber von diesen beiden immer noch bewährtesten Operationsmethoden Gebrauch machen müssen, solange von keiner andern Methode mit Sicherheit nachgewiesen ist, daß sie bei gleichzeitiger nicht größerer Gefährlichkeit für das Leben der Patientinnen in der Prolapstherapie Besseres leisten. Das ist bis heute nicht der Fall. Die Mitteilungen über die Erfolge mit anderen Operationen in erster Linie mit der anfangs mit großem Beifall aufgenommenen Interpositio uteri nach Schauta-Wertheim, sind zu widersprechend. Die Kieler Klinik will z. B. damit 92,4% Dauerresultate erzielt haben, während die Heidelberger Klinik unter 42 Fällen nur 28 „absolut gute“ Resultate = 66,7% aufweisen kann.

Bessere Erfolge scheint allerdings in neuester Zeit die Levator-Transversusnaht zu versprechen. So wies Ohlmann

an 2 Versuchsreihen der Freiburger Klinik nach, daß durch sie die Häufigkeit der Recidive um 14% verringert werden kann. Erfüllen sich nach noch abzuwartenden weiteren Beobachtungen die auf die neue Methode gesetzten Hoffnungen, so sind wir jedenfalls in der erfolgreichen Behandlung der Genitalprolapse wieder einen guten Schritt vorwärts gekommen.

Am Schlusse meiner Arbeit sei es mir erlaubt, Herrn Professor Fehling für gütige Überlassung des Themas und Materials, sowie für die Übernahme des Referates meinen besten Dank auszusprechen.

Literatur.

Döderlein-Krönig, Operative Gynäkologie. 3. Aufl. 1912.

Küstner, Prolapsus in Veits Handbuch der Gynäkologie. 1. Band.

Fehling, Lehrbuch der Frauenkrankheiten. 3. Aufl. 1906.

Halban u. Tandler, Anatomie und Ätiologie der Genitalprolapse beim Weibe. Wien-Leipzig 1907.

Heidenhain, Prolaps u. Retroversio. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 33, 1911.

Sippel, Zur Ätiologie u. operativen Behandlung des Uterusprolapses. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 33, 1911.

Latzko, Die Levatornaht als typische Prolapsoperation. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 32, 1910.

Stöckel, Über die Wertheim-Schauta'sche Prolapsoperation. Archiv f. Gynäk., Bd. 91, 1910.

Hofmeier, Zur operativen Behandlung des Uterusvorfalls. Fränk. Ges. für Frauenheilkunde 13. V. 11. Ref. M. M. Wochenschr. 1911. Nr. 42.

Marcus, Über die Ätiologie d. Prolapse u. ihre Dauerheilung nach Interpositio vesico-vaginalis. Diss. Heidelberg 1912.

Ohlmann, Therapie der Genitalprolapse durch die Levator-Transversusnaht. Diss. Freiburg 1911.

Thissen, Über die Dauerresultate nach der Wertheim-Schauta'schen Prolapsoperation. Diss. Kiel 1912.

Besse, Dauerresultate der Uterusfixations-Operationen der letzten 10 Jahre an der Göttinger Frauenklinik. Diss. Göttingen 1910.

Tabelle

Fortl. Nr. Journal-Nr.	Name Beschäftigung Alter	Geburten Aborte	Anamnese	Diagnose
1912				
1 622	C. N. Ackerersfrau 42 Jahre	4 Partus sp.	Vorfall seit 2 Jahren, seit ¼ Jahr Harnbeschwerden, Drängen nach unten.	Prolapsus vaginae ant. et post. Retro versio-flexio uteri fixata. Cystocele. Portio ödematös hypertrophiert, ero diert. Rectidiastase
2 127	M. B. Postschaffners-frau 39 Jahre	5 Partus 1 mal Forceps mit Dammriß	Vorfall entstand im Anschluß an die Zangengeburt (vor 13 Jahren), obwohl Dammriß genäht. Nach jeder Geburt zeigte sich Vorfall wieder. 1899 in hiesiger Klinik Kolporrh. ant. 1911 in anderer Klinik Vaginofixatio uteri. Tubensterilisation. Nach 14 Tagen erschien jedoch der Vorfall wieder.	Prolaps recidiv nac Vaginofixatio. Prolapsus vag. an et post. Descensus uteri. Uterus faustgroß, m seinem Fundustei der oberen Kupp der Blase adhären
1911				
3 319	A. F. Taglöhners-frau 42 Jahre	10 Partus sp. 1 Ab. (V.)	Vorfallbeschwerden seit 1 Jahr. Wasserlassen o. B. Stuhl: sehr obstip.	Prolapsus uteri et vaginae incompl. Rectocele. Uterus in Anteflexi Decubitalgeschwür an der Portio.
4 25	K. G. Witwe 43 Jahre	3 Partus sp. 1 Ab.	Vorfall im Anschluß an den Partus mit Dammriß entstanden. Vor 13 Jahren (1898) operiert (Freund'sche Dammplastik). Nach drei Monaten trat Vorfall wieder auf. Trägt zeitweise Ring, der aber nicht genügend zurückhält.	Descensus vagina ant. et post. Prolapsus uteri retr flecti mobilis.

ntrofixationen.

Operation	Heilungsverlauf	Nachuntersuchung
21. XII. 12. Amputatio portionis. Kolporrh. ant. et post. Tubenresektion Ventrofixatio uteri.	Glatter Heilungsverlauf. Entlassung: 17 Tage p. op.	16. VI. 13 (Brief). Bauchwunde gut geheilt. Vorfall hat sich nicht mehr gezeigt. Seit Operation vollkommen beschwerdefrei. Vollkommen arbeitsfähig.
2. III. 12. Kolporrh. post. Ventrofixatio uteri.	Im Anfang muß eine Zeitlang katheterisiert werden. 5 Tage lang geringe Temperatursteigerung (bis 38,2°). Heilung der Bauchwunde per primam. Entlassung: 26 Tage p. op..	15. VI. 13 (Brief). Bauchwunde gut geheilt. Vorfall nicht mehr aufgetreten. Zeitweise jedoch mäßige Rückenschmerzen. Leichte Ermüdbarkeit beim Stehen. Nicht wieder so arbeitsfähig wie früher.
1. IV. 11. Salpingotomia duplex. Ventrofixatio uteri. 13. VI. 11. Kolpoperineorrh.	Glatter Heilungsverlauf. Entlassung: 17 Tage p. op.	12. VI. 13 (Sprechstunde). Bauchwunde gut geheilt. Damm mäßig hoch. Vagina schlaff. Geringer Descensus der vorderen, ziemlich starker Descensus der hinteren Scheidenwand. Uterus antefl., gut fixiert. Portio hoch, tritt beim Pressen nicht tiefer. Beschwerden sind nicht ganz geschwunden, treten besonders bei schwerer Arbeit auf (leichte Ermüdbarkeit, Abgespanntheit). Nur teilweise arbeitsfähig. Recidiv.
14. I. 11. 1. Kolporrh. ant. et post. 2. Ventrofixatio uteri.	Glatter Heilungsverlauf. Entlassungsbefund (16 Tage p. op.): Wunden gut verheilt; Uterus antefl., gut fixiert. Ganz beschwerdefrei.	16. VI. 13 (Brief). Bauchwunde gut geheilt. Kein Vorfall mehr. Seit der Operation ohne Beschwerden. — Arbeitsfähig.

Tabelle

Fortl. Nr. Journal-Nr.	Name Beschäftigung Alter	Geburten Aborte	Anamnese	Diagnose
1911				
5 8	R. H. Lokomotiv-führersfrau 41 Jahre	8 Partus sp. 3mal Zwillinge	Vorfall seit 13 Jahren, im Anschluß an Kindbett. In letzter Zeit schlimmer. Wasserlassen: o. B. Stuhl: o. B. Trug bisher Ring.	Descensus vag. praecipue post. — Rectocele. Retroflexio uteri fixata.
1910				
6 627	Kl. F. Anstreichers-frau 34 Jahre	1 Partus sp.	Vor 8 Jahren in hiesiger Klinik Alexander-Adams. Seit Geburt (vor 2 Jahren) stetig fortschreitende Vorfallbeschwerden.	Descensus vag. praecipue post. Descensus uteri mobilis cum retropos tione. Hypertroph portionis.
7 581	B. H. Taglöhners-witwe 47 Jahre	3 Partus sp. 1 Ab.	Weiß nicht, wie lange Vorfall besteht. Seit 14 Tagen Schmerzen im Unterleib.	Kystoma ovarii si (stielgedreht). Descensus vag. an Retropositio uter fixata. Hypertroph portionis.
8 79	L. L. Bergmanns-frau 48 Jahre	3 Partus sp. 2 Ab.	Vorfall seit 9 Monaten. Seit 1 Jahr Schmerzen im Kreuz und beim Wasserlassen.	Descensus vag. an compl. Descensus vag. pos incompl. Descensus uteri retroflecti mobilis Elongasio colli. Portio dick, erodier
1909				
9 Privat	J. H. 29 Jahre	2 Partus sp.	Vorfall seit letzter Geburt (vor 8 Monaten); wenig subj. Beschwerden.	Descensus vag. praec. post. Descensus et retr versio fixata uteri Tumor ovarii dext (Dermoid). Vitium cordis.

Fortsetzung.

Operation	Heilungsverlauf	Nachuntersuchung
9. I. 11. 1. Kolporrh. ant. et post. 2. Ventrofixatio uteri.	Glatter Heilungsverlauf. Entlassungsbefund (16 Tage p. op.): Heilung der Bauchwunde per primam. Uterus in Anteversio-flexio. Beschwerdefrei.	17. VI. 13 (Sprechstunde). Bauchwunde gut geheilt. Damm hoch, Vagina eng. Uterus in Antefl., gut fixiert. Portio hoch, tritt beim Pressen nicht tiefer. Kein Vorfall mehr. Seit Operation vollständig beschwerdefrei. Vollkommen arbeitsfähig.
3. XI. 10. 1. Amput. port. 2. Kolporrh. post. 3. Ventrofixatio uteri.	Glatter Heilungsverlauf. Entlassungsbefund (16 Tage p. op.): Heilung der Bauch- und Dammwunde per primam. Beschwerdefrei.	16. VI. 13 (Brief). Bauchwunde gut geheilt. Kein Vorfall mehr.
14. X. 10. Ovariotomia sin. Salpingo-oophorectomia dextra. Ventrofixatio uteri.	Die ersten 10 Tage geringe Temperatursteigerungen (bis 38,3°), sonst glatter Verlauf. Enlassungsbefund (18 Tage p. op.): Heilung der Wunden per primam. Keinerlei Beschwerden.	Keine Nachricht.
29. I. 10. 1. Kolporrh. ant. amputatio port. Kolpoperineorrh. 2. Ventrofixatio uteri mit Reffung der Ligg. rotunda. Tubensterilisation.	Glatter Heilungsverlauf. Entlassungsbefund (14 Tage p. op.): Uterus gut antefl., den Bauchdecken eng anliegend.	14. VI. 13 (Brief). Bauchwunde gut geheilt. Vorfall zeigt sich seit ½ Jahr wieder, doch bis jetzt nicht mehr behandelt. Viel Kreuzschmerzen, sonst vollkommen arbeitsfähig. Recidiv.
8. VII. 09. Ovariotomia dextra. Salpingectomia sin. Ventrofixatio uteri. 20. VII. 09. Kolpoperineorrh.	Anfangs nach beiden Operationen Schwierigkeiten beim Wasserlassen. Heilung der Wunden per primam. Entlassungsbefund (12 Tage p. op. II): Bestes Wohlbefinden. Alles gut geheilt.	19. V. 13. Damm hoch. Vulva eng. Uterus gut in Anteflexion. Vollkommen beschwerdefrei.

Tabelle

Fortl. Nr. Journal-Nr.	Name Beschäftigung Alter	Geburten Aborte	Anamnese	Diagnose
1909				
10 295	H. F. Steinhauers-frau 48 Jahre	11 Partus sp.	Seit 2 Jahren Schmerzen im Unterleib und Kreuz. Drang nach unten. Zunehmende Schwellung des Leibes. Harndrang. Stuhl o. B.	Descensus vag. a et post. Descensus uteri Uterus groß, in Streckstellung Tumor ovarii si
11 268	M. G. Straßen-arbeitersfrau 37 Jahre	7 Partus, 2 mal Forceps, 1 mal Per-foration, 1 mal Querlage, Wendung, 2mal künst-liche Früh-geburt	Gebärmuttersenkung seit 4 Jahren. Seit 1 Monat zunehmende Schmerzen im Kreuz. Harndrang. Stuhl o. B.	Prolapsus portio hypertrophicae. Decubitus an beid Lippen. Descensus uteri Uterus in Streck stellung.
12 99	K. St. Eisenbahn-arbeitersfrau 38 Jahre	4 Partus sp.	Seit 1 Jahr Vorfall, der seit 3 Monaten nicht mehr zurückgeht. Hat nie Ring getragen.	Descensus vagin ant. et post. Cystocele, Rectoce Prolapsus totali uteri retroflecti Decubitalgeschwi an der Portio.
13 31	A. R. Tagnerin 44 Jahre	6 Partus sp.	Vorfall besteht seit 4 Jahren.	Prolapsus totali uteri cum inversio vaginae complet Cystocele, Rectoce Elongatio colli Decubitalgeschwi an der Portio.

tsetzung.

Operation	Heilungsverlauf	Nachuntersuchung
28. VII. 09. variotomia dextra. Salpingo- oophorectomia sin. Ventrofixatio uteri. 10. VI. 09. Lawson-Tait.	Glatter Heilungsverlauf. Entlassungsbefund (15 Tage p. op. II): Bauchwunde bis auf kleine Granulationsfläche geheilt. Am Damm pfenniggroße, noch nicht ganz verheilte Wunde. Zu ärztlicher Behandlung entlassen.	August 1911 (Journal-Nr. 456). In der Klinik in Behandlung wegen Carcinoma port. inoperabile. (Ausschabung, Ätzung.) Vorfall bestand nicht mehr. Uterus in Antefl. gut an die Bauchwand fixiert. 11. VI. 13 (Nachricht vom Arzt). Mitteilung, daß Patientin 1¾ Jahr nach der Behandlung in der Klinik an Ca. gestorben ist.
19. V. 09. Amputatio port. Kolporrh. post. Ventrofixatio uteri. Tubensterilisation.	Heilung per primam. Entlassungsbefund (13 Tage p. op.): Bauch- und Dammwunde gut geheilt. Portio klein, hochstehend. Uterus in guter Anteflexio.	25. VI. 13 (Sprechstunde). Bauchwunde gut geheilt. Damm hoch. Scheide weit, schlaff. Geringer Descensus ant. et post. (angeblich seit ½ Jahr). Uterus gut an Bauchwand fixiert. Seit längerer Zeit wieder Kreuzschmerzen; häufig Harndrang. Nur teilweise arbeitsfähig. Recidiv.
27. II. 09. 1. Kolporrh. ant. et post. 2. Ventrofixatio uteri. Tubensterilisation.	Glatter Heilungsverlauf. 2.—4. Tag Temperatursteigerung bis 38,9°. Entlassungsbefund (17 Tage p. op.): Wunden per primam geheilt; beschwerdefrei.	12. VI. 13 (Sprechstunde). Bauchwunde ohne Eiterung geheilt. Im unteren Teil der Narbe hat sich ein kleinfaustgroßer Narbenbruch gebildet. Scheide eng; geringer Desc. vag. ant. Portio hochstehend. Uterus in Antefl. gut fixiert. Keine Beschwerden. Vollkommen arbeitsfähig. — Recidiv.
26. I. 09. 1. Amputatio port. Kolporrh. ant. et post. 2. Ventrofixatio uteri.	Glatter Heilungsverlauf. Entlassungsbefund (15 Tage p. op.): Granulierende Stelle im oberen Drittel der Laparotomiewunde. Uterus gut fixiert. Vordere Scheidenwand drängt noch etwas vor. Beschwerdefrei.	Unbestellbar.

Tabell

Fortl. Nr. Journal-Nr.	Name Beschäftigung Alter	Geburten Aborte	Anamnese	Diagnose
1908				
14 121	M. B. Taglöhners-frau 65 Jahre	1 Partus sp.	Vorfall seit 2 Jahren. Seit ½ Jahr Anschwellung des Leibes. Wasserlassen erschwert. Stuhlgang: obstip.	Prolapsus totali uteri et vaginae Polykystoma ova sin.
1907				
15 573	B. H. Postsekretärs-frau 38 Jahre	2 Partus, beim ersten Forceps mit Dammriß; prim. Naht hält nicht, nach 3 Mon. Sekundärnaht. Beim 2. P. wieder Dammriß.	Seit längerer Zeit Kreuzschmerzen. Gefühl von Druck im Leib. Harndrang. Stuhldrang.	Tuboovarialcyst rechts. Descensus vag. po Descensus uteri. Uterus in Streck stellung. Die linken Adnex fehlen.
16 Privat	B. B. Witwe 43 Jahre	5 Partus sp.	Vor 3 Jahren Laparotomie, seither Bauchbruch, der immer größer wird. Unbestimmt, wie lange Vorfall besteht	Prolapsus vagina incompl. Descensus uteri retroflecti. Bdts. tuboovariel Tumoren. Hernia lineae alba
17 256	Witwe K. Sch. Köchin 62 Jahre	1 Partus sp. 1 Ab.	Leichter Vorfall schon seit einigen Jahren; seit ½ Jahr ist Leib dicker geworden. Beschwerden beim Wasserlassen. Seit einigen Tagen Erbrechen, starke Schmerzen im Unterleib.	Kystoma ovarii (stielgedreht). Descensus uteri vaginae. Uterus in leichte Anteflexio.
1905				
18 396	J. M. Taglöhners-frau 47 Jahre	11 Partus 10 spontan, 1 (die letzte) Perforation. 2 Aborte.	Vorfall seit 17 Jahren, im Anschluß an das 4. Kindbett. Viel stärker seit letztem Kindbett (vor 3 Jahren). Wasserlassen: oft erschwert. Stuhlgang: o. B. Trug seit 1 Jahr öfters Ring, der jedoch nie hielt.	Prolapsus vagina totalis. Descensus uteri Portio sichtbar Decubitalgeschwü an den Lippen. Uterus groß, ziemli fixiert, in Streck stellung.

tsetzung.

Operation	Heilungsverlauf	Nachuntersuchung
9. III. 08. Kolporrh. ant. Kolpoperineorrh. Ovariotomia sin. Salpingo-oophorectomia dextra. entrofixatio uteri.	Reaktionsloser Heilverlauf. Vom 13. Tag p. op. an Temperatursteigerungen; Pyelonephritis. Entlassungsbefund (45 Tage p. op): Wunden gut geheilt; kein Exsudat. Pyelonephritis besteht weiter. — Auf mediz. Klinik verlegt.	Unbestellbar.
6. XI. 07. alpingo-oophorectomia dextra. Ventrofixatio uteri. 18. XI. 07. Kolpoperineorrh.	Glatter Heilungsverlauf. Entlassungsbefund (27 Tage p. op.): Heilung der Bauchwunde per primam. Uterus in Antefl. gut fixiert. Hintere Scheidenwand etwas klaffend. Frenulum nicht vereinigt.	16. VI. 13 (Brief). Bauchwunde gut geheilt. Jedoch seit 3 Jahren 2 Bruchanlagen, eine in der Bauchnarbe, die andere in der rechten Lendengegend. Vorfall ist seit 2 Jahren wieder aufgetreten, bis jetzt nicht wieder behandelt. — Seit der Operation starker Ausfluß. — Nur in beschränktem Maße arbeitsfähig. — Recidiv.
8. VI. 07. Salpingo-oophorectomia duplex. Ventrofixatio uteri. Herniotomia. 25. VI. 07. Kolporrh. ant. Kolpoperineorrh.	In den ersten Tagen p. op. Symptome schwerer Pelveoperitonitis. Besserung auf Antistreptokokkenserum (2 ×). Heilung der Operationswunde per primam. Entlassung: 32 Tage p. op. II. Beschwerdefrei.	7. V. 1910. Keine Senkung. Uterus scheint nicht mehr adhärent, liegt jedoch gut. Vagina eng; Bauchwunde gut geheilt. — Beschwerdefrei. Vollkommen arbeitsfähig.
16. V. 07. Ovariotomia duplex. Ventrofixatio uteri.	Heilung per primam. Entlassungsbefund (15 Tage p. op.): Uterus gut fixiert, Wunde gut geheilt. Beschwerdefrei.	Unbestellbar.
20. VII. 05. 1. Tubensterilisation. Ventrofixatio uteri. 2. Kolporrh. ant. Kolpoperineorrh.	Glatter Heilungsverlauf. Entlassungsbefund (21 Tage p. op.): Bauch- und Dammwunde gut geheilt. (Innerlich nicht untersucht).	11. VI. 13 (Brief). Bauchwunde sehr gut geheilt. Seit Operation kein Vorfall mehr. Die ersten 2 Jahre p. op. noch Schmerzen im Unterleib, auch dann noch ab und zu «Mutterkrämpfe». Hat es viel «in den Nerven gehabt», sodaß sie nur leichtere Hausarbeit verrichten konnte. Fühlt sich jetzt «gesund u. munter».

Tabell

Fortl. Nr. Journal-Nr.	Name Beschäftigung Alter	Geburten Aborte	Anamnese	Diagnose
1905				
19 172	M. H. Haushalt und Feld 46 Jahre	4 Partus sp.	Vorfall seit 2 Jahren. Wasserlassen } o. B. Stuhlgang }	Prolapsus vagin incompl. Descensus uteri mobilis. Uterus in Anteflexi vergrößert.
1904				
20 352	K. B. Haushälterin 29 Jahre	7 Monate steril verheiratet.	Seit 1 Jahr Vorfall. Seit 3 Monaten dicker Leib.	Prolapsus total. ut et vaginae. Dermo d. l. und r. Ovariu (l. Dermoid ohne Z sammenhang mit G nitalien nur mit Ne strängen verwachs l. Ovarium u. l. Li ovarii propr. fehle l. Tube hat keine A pulle u. ist geschlos
21 178	B. F. Ackerersfrau 38 Jahre	2 Partus sp., bei dem 1. Partus (vor 14 Jahren) Dammriß.	Vorfallbeschwerden seit 3 Monaten: Gefühl der Schwere im Unterleib. Schmerzen beim Gehen.	Prolapsus totalis v ginae et uteri ret flecti. Uterus se vergrößert. Erosiones portion Elongatio colli.
22 84	K. B. Fabrikarbeitersfrau 40 Jahre	5 Partus, 1 × Zwillinge (Wendung, Zange), 1 × Forceps.	Vorfall seit 5 Monaten, seit längerer Zeit Schwächegefühl im Unterleib. Wasserlassen: seit 4 Monaten sehr erschwert. Harndrang. Stuhlgang: o. B.	Prolapsus uteri totalis et vagina incompl. Erosiones et Hyp trophia portioni Uterus rektinier nicht vergrößert
1903				
23 564	M. B. Witwe 49 Jahre	2 Partus sp.	Vorfall seit 1 Monat. Seit 2 Tagen Rektumvorfall.	Prolapsus totali uteri et vaginae Uterus retroverti fixiert, vergröße Erosiones portion Rektumprolaps Cystischer Ovaria tumor links.

rtsetzung.

Operation	Heilungsverlauf	Nachuntersuchung
22. III. 05. Kolporrh. ant. Kolpoperineorrh. Tubensterilisation. Intraabdominelle erkürzung der Ligg. rotunda. Ventrofixatio uteri.	Glatter Heilungsverlauf. Entlassungsbefund (24 Tage p. op.): Wunden per primam geheilt. Nirgends Exsudat. Uterus gut antefl.; beschwerdefrei.	12. VI. 13 (Brief vom Arzt). Bauchwunde gut geheilt. Vom Vorfall hat sich nichts mehr gezeigt. Leichte Prädisposition zu Incontinentia urinae. Sonst ganz beschwerdefrei. Völlig arbeitsfähig.
29. VI. 04. . Kolporrh. ant. . Entfernung des l. Ovarialdermoids. Teilresektion des . Ovarialdermoids. Intraperit. Verkür- ung d. Ligg. rotunda. Ventrofixatio uteri. 19. VII. 04. Kolpoperineorrh.	Kolporrh. ant. heilt nicht per primam, muß noch einmal angefrischt werden. Fieberloser Verlauf. Entlassungsbefund (17 Tage p. op. II): Wunden gut geheilt; vollständig beschwerdefrei.	Unbestellbar.
19. IV. 04. 1. Kolporrh. ant. 2. Tubensterilation. Ventrofixatio uteri. 27. IV. 04. Kolpo- perineorrhaphie.	Glatter Heilungsverlauf. Entlassungsbefund (13 Tage p. op. II): Heilung der Wunden per primam. Beschwerdefrei. Decubitus noch 5 Markstück groß.	Zu Hause gestorben.
16. II. 04. 1. Amputatio portionis. Kolporrh. ant. 2. Ventrofixatio uteri nach intraperiton. Verkürzung der Ligg. rotunda. 4. III. 04. Kolpoperineorrh.	Glatter Heilungsverlauf. Entlassungsbefund (12 Tage p. op. II): Heilung der Bauchwunde per primam. Uterus gut fixiert, hochstehend.	17. VI. 13 (Brief). Bauchwunde gut geheilt. Kein Vorfall mehr. Seit Operation völlig beschwerdefrei, vollkommen arbeitsfähig.
2. XII. 03. 1. Amputatio portionis. Kolporrh. ant. 2. Oophorectomia sin. Ventrofixatio uteri. 21. XII. 03. Kolpoperineorrh.	Heilungsverlauf durch geringe Infiltration des unteren Winkels der Bauchwunde gestört. Die ersten 14 Tage subfebrile Temperatur. Entlassungsbefund (15 Tage p. op. II): Wunde gut geheilt. Uterus gut eleviert, den Bauchdecken gut anliegend.	Keine Nachricht.

Tabelle

Fortl. Nr. Journal-Nr.	Name Beschäftigung Alter	Geburten Aborte	Anamnese	Diagnose
1903				
24 362	L. Kl. Seewärters-frau 47 Jahre	3 Partus sp. 1 Forceps.	Vorfall seit 2. Kindbett (1890). Wasserlassen } o. B. Stuhlgang }	Descensus uteri et vaginae. Dermoidcyste d. rechte Ovariums, Follikelcys des linken Ovariums Hernia inguinalis sir Hernia femoralis sin Uterus antevertiert, beweglich.
25 344	V. H. Taglöhners-frau 58 Jahre	3 Partus, 2mal Forceps. Letzte Geburt 1885.	Vorfall seit letztem Partus 1885. Erst seit 2 Jahren Beschwerden (Harndrang, Stuhldrang).	Prolapsus totalis ute cum inversione vagina completa. 2 Polypen aus dem Os. ext. herausdrängen Decubitus. Hypertrophia port. pe magna. Uterus in Retroversi flexio.
26 198	S. L. Kaufmanns-frau 50 Jahre	2 Partus, 1mal Forceps, 1mal Zwillinge, mens VI.	Vorfallbeschwerden seit 1. Geburt (1884). In letzter Zeit stärker. Harndrang. Stuhlgang: obstip. 2—3 Jahre lang Ring getragen, der schließlich nicht mehr hielt.	Prolapsus vag. praeci ant. Prolapsus uteri retro flecti mobilis. Hypertrophia portioni Elongatio colli. Metritis.
27 6	M. G. Schneiders-frau 29 Jahre	3 Partus sp., letzter 1901.	Seit 3 Jahren Vorfallbeschwerden.	Prolapsus vaginae inversae. Descensus uteri retro flecti. Hypertrophia portioni Decubitalgeschwüre. Uterus sehr vergröße
1902				
28 659	K. St. Hausarbeiterin 47 Jahre	1 Partus sp.	Seit 1 Monat Leib angeschwollen. Unbestimmt, wie lange Vorfall besteht. Wasserlassen } o. B. Stuhlgang }	Prolapsus totalis ute retroflecti et vaginae Hypertrophia portioni Blase fast ganz mit vo gefallen. Kystoma ova dextri multiloculare.

tsetzung.

Operation	Heilungsverlauf	Nachuntersuchung
21. VII. 03. variotomia dextra. Ablatio ovarii et ibae sin. Vernähung Annulus ing. inter- us. Resektion eines Bruchsackes am l. Schenkelkanal. Ventrofixatio uteri. 3. VIII. 03. Kolpoperineorrh.	Glatter Heilungsverlauf. Entlassungsbefund (18 Tage p. op. II.): 3 cm der Laparotomiewunde durch Granulation sekundär geheilt. Damm per primam. Uterus gut anteflect.; beide Hernien geheilt.	15. VI. 13 (Brief). Bauchwunde gut geheilt. Vorfall nicht mehr aufgetreten. Ganz beschwerdefrei. Vollkommen arbeitsfähig.
13. VII. 03. . Kolporrh. ant. du- plex (Fehling). . Ventrofixatio uteri mit Haltung der Ligg. rotunda. 28. VII. 03. Kolpoperineorrhaph. mit Resektion des hinteren Douglas.	Glatter Heilungsverlauf. Entlassungsbefund (16 Tage p. op. II): Damm oberflächlich in den oberen Partien auseinandergegangen. Sonst alles in Ordnung.	11. VI. 13 (Brief). Bauchwunde gut geheilt. Vorfall hat sich nicht mehr gezeigt. Ganz beschwerdefrei. Arbeitsfähig dem hohen Alter entsprechend.
1. V. 03. Ausschabung. Amput. portionis. Kolporrh.ant.duplex. Kolpoperineorrh. 3. V. 03. Intraperi- toneale Verkürzung der Ligg. rotunda. Ventrofixatio uteri.	25. V. Bauchdeckeneiterung in unterer Hälfte d. Wunde durch Incision entfernt. 6. VI. Anfrischung der 4 cm langen Wunde, Vereinigung durch Naht. Entlassungsbefund (36 Tage p. op. II): Sekundärnaht gut geheilt.	18. VI. 13 (Brief). Bauchwunde gut geheilt. Kein Vorfall mehr. Ganz beschwerdefrei. Vollkommen arbeitsfähig.
17. I. 03. . Kolporrh. ant. Kolpoperineorrh. . Verkürzung der Ligg. rotunda intraperit. Ventrofixatio uteri.	Glatter Heilungsverlauf. Entlassungsbefund (18 Tage p. op.): Bauch-, Dammwunde gut geheilt. Uterus in Anteflexio gut fixiert.	17. V. 03. Gravid. mens IV. 10. V. 07. 2 ausgetragene Geburten und 2 Aborte seit Operation. Prolapsus vag. ant. — Cystocele. **1909** (J.-Nr. 178). Vorfall besteht wieder seit 2 Jahren. — Total- prolaps. — Therapie: Exstirpatio totalis vaginalis. Kolpoperineorrh.
29. XI. 02. variotomia duplex. Ventrofixatio uteri. 12. XII. 02. Kolporrh. ant. Kolpoperineorrh.	Glatter Heilungsverlauf. Entlassungsbefund (21 Tage p. op. II): Bauchwunde, sowie Scheiden-Damm- plastik gut geheilt. Uterus gut antefl.; nirgends Exudat.	Unbestellbar.

Tabel

Fortl. Nr. Journal-Nr.	Name Beschäftigung Alter	Geburten Aborte	Anamnese	Diagnose
1902				
29 Privat	E. B. 57 Jahre	2 Partus sp.	Seit 4 Monaten wird Leib dicker, gleichzeitig Harndrang. Seit 4 Wochen Vorfall.	Descensus vagina praecipue post. Descensus uteri. Uterus recliniert cu anteflexione. Monokystoma papill ovarii dextri.
30 Privat	Frau St. 37 Jahre	1 Partus (vor 15Jahren). Forceps. 1 Abort.	Vorfall seit ungefähr ½ Jahr.	Descensus vagina Descensus uteri. Retroflexio uteri par fixata. Metritis chron. Elongatio colli intr vaginalis.
31 389	Witwe S. K. Fabrik-arbeiterin 43 Jahre	1 Partus, 1888: Forceps. Dammriß, nicht genäht.	Gebärmuttersenkung und Scheidenvorfall, im Anschluß an die Geburt 1888.	Prolapsus vaginae inversae. Hypertrophia portio Elongatio colli. Uterus in Streckstellu
32 311	A. B. Köchin 24 Jahre	1 Partus sp.	Seit der Geburt (vor 2 Jahren) Gefühl der Schwere im Unterleib. Behinderung beim Laufen und Sitzen.	Prolapsus totalis ut cum inversione vagi completa. Vorfall ni reponierbar. — Ute retroflect. im Vorfa doppelt vergrößert. P metritis. Perioophori
33 219	K. L. Witwe 67 Jahre	2 Partus sp.	Kleiner Vorfall seit mehreren Monaten. Seit ½ Jahr Dickerwerden des Leibes. Harndrang.	Prolapsus vag. incon Cystocele. Retrofle uteri fixata. Myomat uteri. — Ovarialtu links. (Karzinomatös generiertes Kystom
34 116	M. U. Feld-arbeiterin 20 Jahre	1 Partus sp. vor 3 Jahren.	Seit 2 Jahren Vorfall; seit 1 Jahr geht er nicht mehr zurück.	Prolapsus totalis ut retroflecti cum inv sione vaginae comple Decubitalgeschwüre der Portio. Rechtsseitiges Pyo ovarium.

tsetzung.

Operation	Heilungsverlauf	Nachuntersuchung
24. XI. 02. variotomia duplex. entrofixatio uteri. 15. XII. Kolpoperineorrh.	Vom 11.—15 Tage Cystitis, sonst glatter Heilungsverlauf. Entlassungsbefund (11 Tage p. op. II): Damm gut geheilt. Uterus hoch gezogen, gut an der Bauchwand fixiert.	In den letzten Jahren an Tuberc. pulmonum gestorben. Vorfall hatte sich nicht mehr gezeigt; Patientin war nach dieser Richtung hin vollkommen beschwerdefrei.
19. XI. 02. mputatio portionis. Ventrofixatio uteri. 6. X. 02. Kolpoperineorrh.	Glatter Heilungsverlauf. Entlassungsbefund (14 Tage p. op. II): Operation wurde per primam geheilt. Vollkommen beschwerdefrei.	**1911**. Kolporrh. ant. und Kolpoperineorrh. wiederholt wegen abermaliger Senkung der Scheide. Uterus war gut fixiert, Portio stand hoch. Recidiv. **1913**. Obj. und subj. guter Befund. Vulva eng. Kein Vorfall. Vollkommen beschwerdefrei.
8. XII. 02. Amputatio portion. Kolporrh. ant. Ventrafixatio uteri. 22. VII. 02. Kolpoperineorrh.	Glatter Heilungsverlauf. Entlassungsbefund (15 Tage p. op. II): Damm hoch. Portio hochstehend. Wunden geheilt.	13. VI. 13 (Brief vom Arzt). Vorfall kommt manchmal etwas herunter. Uterus liegt gut. Öfters krampfartige Schmerzen im Unterleib. Kann nur leichte Hausarbeit verrichten. Recidiv.
9. VI. 02. Kolporrh. ant. Intraabdominelle Verkürzung der Ligg. rotunda. 23. VI. 02. Kolpoperineorrh.	Glatter Heilungsverlauf. Entlassungsbefund (21 Tage p. op. II): Damm hoch. Beim Pressen wölbt sich nichts vor. Uterus in Anteflexio.	Unbestellbar.
21. IV. 02. Ovariotomia sin. Ventrofixatio uteri. 6. V. 02. Kolpoperineorrh.	Glatter Heilungsverlauf. Entlassungsbefund (22 Tage p. op. II): Bauchwunde per primam geheilt. Ebenso Damm. Beschwerdefrei.	Gestorben.
24. II. 02. Kolporrh. ant. Salpingo-oophorect. dextra. Ventrofixatio uteri. Extraperit. Verkürzg. der Ligg. rotunda. 20. III. 02. Kolpoperineorrh.	Die ersten 5 Tage p. op. I: Temperatursteigerung bis 38,3°. Entlassungsbefund (16 Tage p. op. II): Bauchnarbe gut geheilt. Damm kurz. Vulva etwas klaffend. Uterus anteverti, gut fixiert. Allgemeinbefinden gut.	10. VI. 13 (Sprechstunde). Bauchwunde hat angeblich 1 Jahr lang geeitert. Vorfall kam 1 Jahr nach der Operation wieder. Trägt seither Ring. Keine Beschwerden. Vollkommen arbeitsfähig. Recidiv.

Tabelle

Fortl. Nr. Journal-Nr.	Name Beschäftigung Alter	Geburten Aborte	Anamnese	Diagnose
1912				
35 617	M. S. Bauersfrau 59 Jahre	3 Partus sp.	Vorfall seit 2 Jahren, seit 14 Tagen sehr stark.	Prolapsus vagin praecip. ant Descensus uter retroflecti. Erosiones portio
36 Privat	Ph. F. 63 Jahre	?	?	Prolapsus vagin et uteri retroflec Cystocele.
37 370	K. M. Tagnersfrau 52 Jahre	8 Partus sp.	Vorfall seit 2 Jahren. Seit dieser Zeit in der Sprechstunde mit Ring behandelt, der seit 3 Wochen nicht mehr hält.	Prolapsus vagin ant. et post. Descensus uter retroflecti. Erosiones portio Uterus vergröße
38 233	E. E. Hütten-arbeitersfrau 51 Jahre	4 Partus sp. 1 Abort	Vorfall seit 10 Jahren.	Descensus vagin ant. et post. Descensus uter retroflecti.
39 65	H. B. Metzgersfrau 46 Jahre	4 Partus sp.	Seit 2 Jahren beim Husten und Pressen unwillkürlicher Harn-abgang.	Descensus vagin praecipue ant. Incontinentia urin Uterus antefl., beweglich.
40 11	J. B. Bauersfrau 36 Jahre	4 Partus sp. 1 Abort.	Seit 2. Partus (1904) Schmerzen auf der Seite; beim Pressen, Husten kann das Wasser nicht gehalten werden. Vor 3 Wochen vom Arzt Vorfall konstatiert.	Descensus vagin ant. et post. Cystocele. Incontinentia urinae.

ginofixationen.

Operation	Heilungsverlauf	Nachuntersuchung
26. XI. 12. olporrh. ant. mit Blasenreffung. Kolporrh. post. aginofixatio uteri.	In den ersten Tagen geringe Temperatursteigerung, dann glatter Verlauf. Entlassung: 17 Tage p. op.	Keine Nachricht.
16. XI. 12. olporrh. ant. mit Blasenreffung. aginofixatio uteri. mputatio portionis. Kolpoperineorrh.	Glatter Heilungsverlauf. Entlassung: 18 Tage p. op.	Mai 1913. Objektiv und subjektiv befriedigendes Resultat.
29. VI. 12. mputatio der Portlippen. Kolporrh. ant. mit Blasenreffung. aginofixatio uteri. Kolpoperineorrh.	An den ersten zwei Tagen Temperatursteigerung; dann glatter Verlauf. Entlassung: 13 Tage p. op.	16. VI. 13 (Brief). Vorfall hat sich nicht mehr gezeigt. Seit Operation vollständig beschwerdefrei und arbeitsfähig.
2. V. 12. olporrh. ant. mit Blasenreffung. aginofixatio uteri. Kolpoperineorrh.	Glatter Heilungsverlauf. Entlassung: 13 Tage p. op.	11. VI. 13 (Brief). Vorfall hat sich nicht mehr gezeigt. Beschwerdefrei. Vollkommen arbeitsfähig.
3. II. 12. aginofixatio uteri it vaginaler Tubensterilisation. olporrh. ant. mit Blasenreffung. Kolpoperineorrh.	Am 4. Tag p. op. starke Nachblutung. Dann glatter Verlauf. Entlassungsbefund (17 Tage p. op.): Vordere Vaginalwand narbig, nirgends abnorme Resistenz. Pat. vollkommen kontinent.	16. VI. 13 (Sprechstunde). Leichter Descensus der vorderen und besonders der hinteren Wand. Uterus antefl., beweglich. Portio tritt beim Pressen nicht tiefer. Vagina weit. Damm mittelhoch. Ekzema vulvae, herrührend von Incontinentia urinae. Vollkommen arbeitsfähig. Recidiv.
8. I. 12. aginofixatio uteri mit Tubensterilisation. olporrh. ant. mit Blasenreffung. Kolpoperineorrh.	In den ersten 5 Tagen mäßige Nachblutungen, dann glatter Verlauf. Entlassungsbefund (17 Tage p. op.): Wunde per primam geheilt, auch Dammplastik.	5. III. 12. Fenster im Damm. Noch leichte Inkontinenz. 16. VI. 13 (Brief). Unwillkürlicher Harnabgang beim Gehen, Husten, Niesen wie vor der Operation. Anfangs ds. Jhrs. deshalb wieder 6 Wochen in ärztl. Behandlung gewesen. In der Arbeitsfähigkeit erheblich behindert. Recidiv.

Tabelle

Fortl. Nr. Journal-Nr.	Name Beschäftigung Alter	Geburten Aborte	Anamnese	Diagnose
1911				
41 355	P. Br. Ackerersfrau 51 Jahre	13 Partus sp. 1 Abort.	Seit ¾ Jahren Vorfallbeschwerden, Drängen nach unten, besonders beim Arbeiten. Wasserlassen häufiger wie früher. Trägt seit 3 Tagen Ring, ohne subjektive Besserung.	Descensus vag. a et post. — Cystoc Retroflexio ute mobilis.
42 242	M. K. Landwirtsfrau 53 Jahre	15 Partus sp., letzter 1903.	Starke Blutung bei der Periode. Arzt konstatierte eine Senkung.	Descensus vagin Metro-Endometri chron. — Retrofle uteri mobilis. Hypertrophia fol cularis portioni
43 171	M. K. Landwirtsfrau 58 Jahre	8 Partus sp., letzter vor 18 Jahren.	Seit 8 Jahren Scheidenvorfall. Harndrang.. Stuhlgang: o. B. Trug bis jetzt Ring, der nicht mehr hält.	Prolapsus vagin incompletus, Cystocele. Descensus uter Uterus gestreck Decubitus an d hinteren Lippe
1910				
44 689	M. Sch. Bauersfrau 59 Jahre	2 Partus sp., letzter vor 26 Jahren.	Mäßiger Vorfall seit 6 Jahren. Seit 5 Wochen Rückenschmerzen. Trug vor 6 Jahren Ring, seit 3 Jahren nicht mehr.	Descensus vag. p Retroflexio ute mobilis.
45 633	K. G. Ackerersfrau 59 Jahre	6 Partus sp. letzter vor 22 Jahren.	Vorfall seit 4 Jahren, in letzter Zeit größer.	Descensus vagin ant. et post. Descensus port vaginalis. Elongatio colli Retroflexio ute mobilis.

setzung.

Operation	Heilungsverlauf	Nachuntersuchung
23. VI. 11. Blasenreffung. aginofixatio uteri. Kolporrh. post.	Glatter Verlauf. Entlassung: 14 Tage p. op.	18. VI. 13 (Sprechstunde). Starker Descensus der vorderen Wand. Vagina mäßig eng. Damm mäßig hoch. Uterus antefl., beweglich. Portio tritt beim Pressen nicht tiefer. Hat noch Beschwerden; Drang nach unten, Beschwerden beim Wasserlassen. Verschiedentl. wieder in ärztlicher Behandlung gewesen. Nicht vollk. arbeitsfähig. Recidiv.
28. IV. 11. Ausschabung, Ätzung. aginofixatio uteri. Kolpoperineorrh.	Glatter Heilungsverlauf. Entlassungsbefund: 15 Tage p. op. Uterus antefl., Damm an einzelnen Stellen nicht ganz verklebt.	16. VI. 13 (Sprechstunde). Damm hoch, gut geheilt. Scheide eng. Portio tritt beim Pressen nicht tiefer. Uterus antefl., fixiert. Vollkommen beschwerdefrei. Kann schwerste Arbeit verrichten.
24. III. 11. Blasenreffung. aginofixatio uteri. Kolporrh. ant. mput. der beiden Portiolippen. Kolpoperineorrh.	Glatter Heilungsverlauf. Entlassungsbefund: 16 Tage p. op. Wunden gut geheilt, nirgends Vorwölbung.	16. VI. 13 (Brief). Kein Vorfall mehr. Vollkommen beschwerdefrei und arbeitsfähig.
2. XII. 10. aginofixatio uteri. Kolpoperineoorh.	Glatter Heilungsverlauf. Entlassungsbefund: 18 Tage p. op. Wunden gut geheilt. Uterus antefl. Keine Beschwerden.	14. VI. 13 (Brief). Vorfall hat sich nicht mehr gezeigt. Seit Operation beschwerdefrei. Vollkommen arbeitsfähig.
10. XI. 10. btragung der verdickten vorderen Lippe. Kolporrh. ant. aginofixatio uteri. Kolpoperineorrh.	Vom 6.—25. Tag p. op. Temperatursteiger. bis 40,8° Urin geht schwer, spontan. Beim Wasserlassen heftiges Brennen. Diagnose: Cystitis. Entlassungsbefund: 36 Tage p. op. Wunden gut geheilt. Wasserlassen in Ordnung.	16. VI. 13 (Brief). Vorfall hat sich nicht mehr gezeigt. Vollkommen beschwerdefrei und arbeitsfähig.

Tabelle

Fortl. Nr. Journal-Nr.	Name Beschäftigung Alter	Geburten Aborte	Anamnese	Diagnose
1910				
46 536	M. W. Försters-witwe 53 Jahre	6 Partus sp., letzter vor 17 Jahren.	Seit vorletzter Geburt, vor 18 Jahren, merkt Patientin Senkung. Jetzt kommt, besonders beim Gehen, größere Geschwulst aus der Scheide, die beim Liegen verschwindet.	Prolapsus vag. a incompl. et post. compl. Cystocele, Rectoce Descensus uteri
47 259	P. B. Uhrmachers-frau 43 Jahre	9 Partus sp. 4 Aborte.	Vorfallbeschwerden seit 3 ½ Jahren; seit letzter Geburt, vor 2 ½ Jahren, geht Vorfall nicht mehr zurück. Wasserlassen häufig. Stuhlgang obstipiert.	Prolapsus uteris vaginae totalis. Decubitalgeschwü der Portio.
1909				
48 465	R. K. Bauersfrau 45 Jahre	8 Partus sp., darunter 1 Früh-geburt. 1 Abort.	Vorfall seit 14 Jahren. Wasserlassen } o. B. Stuhlgang } Seit 1 Jahr mit Ring behandelt, der nicht mehr hält.	Prolapsus vagina ant. et post. Descensus uteri. Uterus in Streck-stellung.
49 280	Kl. M. Fabrik-arbeitersfrau 46 Jahre	8 Partus sp. 4 Aborte.	Seit 1. Geburt, vor 22 Jahren, Gebärmuttersenkung. Seit 1 Jahr Schmerzen im Unterleib und Kreuz. Stuhlgang: opstip. Harndrang. 16 Jahre mit Ring behandelt, seit 1 Jahr trägt sie Ring nicht mehr.	Prolapsus vag. an et post. Cystocele. Descensus uteri retroflecti mobili

rtsetzung.

Operation	Heilungsverlauf	Nachuntersuchung
20. IX. 10. aginofixatio uteri. Kolporrh. ant. Kolpoperineorrh.	26. IX.: Dilatation der Urethra mit Hegarschem Metallstift, da Wasser spontan nicht geht. Glatter Heilungsverlauf. Entlassungsbefund: 18 Tage p. op. Uterus gut antefl. Beschwerdefrei.	14. VI. 13 (Sprechstunde). Damm hoch. Vagina mäßig weit. Portio tief, tritt beim Pressen nicht herab. Uterus in antefl., fixiert. Keine Beschwerden mehr. Vollkommen arbeitsfähig.
mputatio portionis. Kolporrh. ant. mit Blasenreffung. ubenresektion bdts. aginofixatio uteri. Kolpoperineorrh.	21. V. (14 Tage p. op.). † an Sepsis.	Sektionsprotokoll: Pericarditis subacuta fibrino-purulenta partim adhaesiva. Miliare Abszesse am Herzmuskel, in der Milz und den Nieren. Im linken Parametrium Abszeßhöhle; nach der Scheide zu offen, bis an die Tubenecke verlaufend. Bakteriologischer Befund: Pericarditis, Abszeß im Parametrium } Deckglaspräparat: Staphylokokken. Herzblut: Kulturell Staphylokokken.
23. VIII. 09. Kolporrh. ant. Vaginale Tubensterilisation. aginofixatio uteri. Kolpoperineorrh.	Fieberloser Heilungsverlauf. Entlassungsbefund: 11 Tage p. op. Dammwunde zeigt zwei kleine belegte Stellen, sonst gut geheilt. Uterus gut anteflektiert, liegt in seiner ganzen Ausdehnung der Scheide an.	18. VI. 13 (Sprechstunde). Damm hoch. Vagina eng. Portio tritt beim Pressen nicht tiefer. Uterus antefl., beweglich. Geringer Descensus der vorderen Scheidenwand. Beschwerdefrei; arbeitsfähig bis auf schwere Arbeit. Recidiv.
21. V. 09. olporrh. ant. et post. aginofixatio uteri. esectio ovarii sin. wegen Follikelcyste) Tubensterilisation.	Glatter Heilungsverlauf. Entlassungsbefund: 15 Tage p. op. Scheiden- und Dammwunden gut geheilt. Uterus in starker anteflexio.	17. VI. 13 (Sprechstunde). Damm hoch. Vagina eng. Portio tritt beim Pressen nicht tiefer. Uterus antefl. etwas beweglich. Kein Vorfall. Vollständig beschwerdefrei und arbeitsfähig.

Tabelle

Fortl. Nr. Journal-Nr.	Name Beschäftigung Alter	Geburten Aborte	Anamnese	Diagnose
1909				
50 275	E. L. Fabrik-arbeitersfrau 46 Jahre	8 Partus sp., letzter 1905. 1 Abort.	Gebärmuttersenkung seit letztem Partus. Seit ½ Jahr Schmerzen im Kreuz und Unterleib. Harndrang. Stuhlgang unregelmäßig. Trug Ring, der nicht gehalten hat.	Prolapsus vag. an et post. Cystocele. Descensus uteri.. Uterus anteflektier nicht wesentlich ve größert.
1908				
51 Privat	Ch. Cl. 51 Jahre	?	?	Prolapsus vagina ant. et post. Retroflexio uteri.
52 513	M. Kr. Schlossers-witwe 50 Jahre	12 Partus sp. 2 Aborte.	Unbestimmt, wie lange Vorfall. Drang nach unten, kann Wasser nicht gut halten.	Prolapsus vag. an et post. Cystocele. Descensus uteri m Retroversio uteri
53 401	E. H. Webersfrau 37 Jahre	6 Partus sp.	Vorfall seit II. Partus (1900). Seit 5 Monaten fällt bei schwerer Arbeit die Gebärmutter vollkommen vor. Ring von 1900—1902 ständig, dann wieder seit letztem Partus 1907. Seit 2 Monaten wird Ring nicht mehr getragen, da er Schmerzen macht.	Prolapsus uteri e vaginae totalis.
54 372	M. B. Schreibers-frau 35 Jahre	7 Partus sp., letzter vor 2 Jahren. 2 Aborte.	Vorfall seit 12 Jahren. Seit letztem Abort (1907) hilft Ring nichts mehr. Hat bis dahin Ring mit Erfolg getragen.	Prolapsus vaginae ant. et post. Cystocele. Descensus uteri.

rtsetzung.

Operation	Heilungsverlauf	Nachuntersuchung
19. V. 09. Kolporrh. ant. Vaginofixatio uteri. Kolpoperineorrh.	Glatter Heilungsverlauf. Entlassungsbefund: 13 Tage p. op. Uterus in starker anteflexio-versio, fixiert.	12. VI. 13 (Brief). Seit 1 Jahr zeigt sich wieder etwas vom Vorfall. Zuweilen Beschwerden beim Wasserlassen; Stuhl häufig obstip. Kann Hausarbeit gut besorgen. Recidiv.
15. XII. 08. Kolporrh. ant. Vaginofixatio uteri. Kolpoperineorrh.	Geringe postoperative Bronchitis. Entlassungsbefund: 16 Tage p. op. Heilung per primam. Vollkomm. beschwerdefrei.	25. II. 11. Uterus gut anteflektiert. Vulva, Vagina eng. Kein Vorfall. Beschwerdefrei.
16. X. 08. Kolporrh. ant. mit Blasenreffung. Vaginofixatio uteri. Kolpoperineorrh.	Vom 3.—13. Tag Temperatursteigerung bis 38,6°. Die ersten 3 Tage Katheterisieren, 9 Tage lange Blasenspülung. Entlassungsbefund: 18 Tage p. op. Hintere Kolporrh. granuliert etwas, secerniert. Uterus gut antefl. Keine Blasenbeschwerden.	9. VI. 13 (Sprechstunde). Seit ½ Jahr beim Husten und Pressen wieder leichte Senkung der Vorderwand. Hintere Wand mit starken Granulationen geheilt. Portio tritt beim Pressen nicht tiefer. Uterus gut anteflektiert, fixiert. Beschwerdefrei. Vollkommen arbeitsfähig. Recidiv.
25. VII. 08. Kolporrh. ant. Tubensterilisation. Vaginofixatio uteri. Kolpoperineorrh.	Heilung per primam. Entlassungsbefund: 13 Tage p. op. Wunden gut geheilt. Keine Beschwerden.	11. VI. 13 (Brief). Vorfall hat sich nicht wieder gezeigt. Vollkommen beschwerdefrei und arbeitsfähig.
7. VII. 08. Kolporrh. ant. Tubensterilisation. Vaginofixatio uteri. Kolpoperineorrh.	Glatter Heilungsverlauf. Entlassungsbefund: 15 Tage p. op. Uterus liegt gut. Beschwerdefrei.	19. VI. 13 (Brief). Kein Vorfall mehr. Vollkommen beschwerdefrei und arbeitsfähig.

Tabelle

Fortl. Nr. Journal-Nr.	Name Beschäftigung Alter	Geburten Aborte	Anamnese	Diagnose
1908				
55 288	C. G. Ackerersfrau 66 Jahre	3 Partus sp., letzter vor 22 Jahren.	Unbestimmt, wie lange Vorfall. Wasserlassen beschwerlich. Stuhlgang obstip.	Prolapsus vag. a Prolapsus portion Elongatio colli.
56 80	M. Cz. Gendarms-frau 46 Jahre	1 Partus sp. 1 Abort.	Vorfall seit mehreren Jahren, in letzter Zeit größer. Wasserlassen: manchmal behindert. Stuhlgang o. B.	Prolapsus uteri et vaginae totalis Decubitus am os ex Uterus vergrößer
1907				
57 595	K. Sch. Schuh-machersfrau 52 Jahre	9 Partus sp.	Unbestimmt, wie lange Vorfall. Harndrang. Keine Stuhlbeschwerden.	Prolapsus vagina mit Cystocele, Rectocele. Descens uteri.
58 237	R. O. Feldarbeiters-frau 68 Jahre	10 Partus sp. 3 Aborte.	Geringe Vorfallbeschwerden seit 30 Jahren. Seit März 1907 Kreuz-schmerzen. Harndrang. Vorfall stärker.	Prolapsus uteri retroflecti totalis cum inversione vaginae completa
1906				
59 705	P. W. Haushälterin 45 Jahre	12 Partus sp., letzter vor 8 Monaten.	Seit 18 Jahren Senkung der Scheide, seit 6 Jahren Gebärmuttersenkung; seit 2 Jahren kommt der Vorfall ganz heraus.	Prolapsus uteri e vaginae totalis. Erosiones portioni Elongatio colli.
60 613	H. G. Lokomotiv-führersfrau 49 Jahre	8 Partus sp. 1 Abort.	Seit 15 Jahren Drängen nach unten, seit 4 Monaten Gebärmutter ganz vorgefallen. Keine Blasen-beschwerden. Obstipation.	Prolapsus vagińa praecipue post. Descensus uteri.

rtsetzung.

Operation	Heilungsverlauf	Nachuntersuchung
1. VI. 08. Kolporrh. ant. Vaginofixatio uteri.	3. VI. 08, 3½ h a. m. † an Verblutung nach innen.	Sektionsprotokoll: In der freien Bauchhöhle reichlich Blut, zum Teil geronnen. Blutung aus der Blase unter dem an den Uterus angenähten Peritoneum hinein in die Bauchhöhle. Alle Nähte des Operationsfeldes gut.
14. II. 08. Kolporrh. ant. Tubensterilisation. Vaginofixatio uteri. Kolpoperineorrh.	Temperatursteigerung bis zum 9. Tag p. op. Sonst glatter Verlauf. Entlassungsbefund (18 Tage p. op.): Damm hoch, gut geheilt. Uterus in Antefl., gut fixiert.	18. VI. 13 (Sprechstunde) Damm hoch, Vagina eng. Portio hinten, tritt beim Pressen nicht tiefer. Uterus anteflektiert, etwas beweglich, keine Senkung. Manchmal beim Wasserlassen etwas behindert, sonst ganz beschwerdefrei und arbeitsfähig.
21. XI. 07. Kolporrh. ant. Vaginofixatio uteri. Kolpoperineorrh.	Glatter Heilungsverlauf. Entlassungsbefund: 15 Tage p. op. Wunden gut geheilt. Uterus gut in Anteflexio.	13. VI. 13 (Brief). Leichter Vorfall besteht wieder. Behandlung nicht nötig gewesen. Beschwerdefrei. Vollkommen arbeitsfähig. Recidiv.
6. V. 07. Vaginofixatio uteri. Kolpopernieorrh.	Glatter Heilungsverlauf. Entlassungsbefund: 15 Tage p. op. Wunden gut geheilt. Uterus gut fixiert in Anteflexio. Scheide eng.	Gestorben.
28. XI. 06. Kolporrh. ant. Tubensterilisation. Vaginofixatio uteri. Kolpoperineorrh.	Bis zum 14. Tag p. op. Temperatursteigerung bis 3,85°. Heilung per primam. Entlassungsbefund: 25 Tage p. op. Alles in Ordnung. Beschwerdefrei.	16. VI. (Sprechstunde). Damm mittelhoch. Vagina eng. Kein Vorfall mehr. Portio tritt beim Pressen nicht tiefer. Uterus anteflektiert, unbeweglich. Vollständig beschwerdefrei und arbeitsfähig.
11. X. 06. Vaginofixatio uteri. Kolpoperineorrh.	Glatter Heilungsverlauf. Entlassungsbefund: 16 Tage p. op. Wunden gut geheilt. Uterus gut vorne fixiert; beschwerdefrei.	14. VI. 13 (Brief). Vorfall hat sich nicht mehr gezeigt. Obstipation besteht noch. Sonst vollkommen beschwerdefrei und arbeitsfähig.

Tabelle

Fortl. Nr. Journal-Nr.	Name Beschäftigung Alter	Geburten Aborte	Anamnese	Diagnose
1906				
61 521	K. Gl. Bahn-arbeitersfrau 59 Jahre	8 Partus sp.	Vorfall seit 6 Jahren. Häufig Harndrang. Stuhlgang: Obstipation.	Prolapsus totalis vaginae. Descensus uteri Erosiones portionis
62 367	K. W. Landwirts-frau 47 Jahre	2 Partus, 1 mal Forceps, letzter Partus vor 5 Jahren.	Seit 7 Jahren Gefühl, als ob die Gebärmutter herauskäme. Seit 5 Jahren (2. Kindbett) Vorfall der Gebärmutter. Ring hat nicht gehalten.	Prolapsus totalis uteri et vaginae Elongatio coli. Uterus in Streck-stellung. Decubitus an der hinteren Lippe.
63 350	E. M. Ackerers-witwe 68 Jahre	6 Partus sp. 1 Abort.	Vorfallbeschwerden seit 2 Jahren. Brennen beim Wasserlassen. Ring wollte Patientin nicht mehr tragen.	Prolapsus totalis uteri et vaginae Elongatio colli. Atrophia senilis uteri. Decubitalgeschwür
1905				
64 665	A. Schl. Witwe 43 Jahre	12 Partus sp., letzter vor 4 Jahren.	Nach dem 1. Wochenbett Senkung der Scheide bemerkbar. Seit Sept. 1905 stärkere Beschwerden. Wasserlassen } o. B. Stuhlgang } Von 1896 an hat Patientin zeitweise Ring getragen.	Prolapsus vaginae ant. et post. Cystocele. Descensus uteri retroflecti.
1903				
65 548	K. S. Winzersfrau 47 Jahre	5 Partus, 1 mal Forceps, letzter Partus vor 11 Jahren. 2 Aborte.	Vorfall seit dem ersten Wochenbett vor 21 Jahren. Erfolglose Ringbehandlung.	Descensus vaginae ant. et post. Rectocele. Retroflexio uteri Uterus leicht vergrößert

rtsetzung.

Operation	Heilungsverlauf	Nachuntersuchung
10. VIII. 06. Vaginofixatio uteri. Kolpoperineorrh.	8 Tage lang muß katheterisiert werden. Am 14. Tag Thrombose der Vena saphena dextra. Entlassungsbefund (30 Tage p. op.): Damm granuliert. Nähte noch nicht entfernt. Dem Arzt zur Weiterbehandlung überwiesen. Subj.: Beschwerdefrei.	13. VI. 13 (Brief vom Arzt). Kein Vorfall mehr. Seit der Operation vollständig beschwerdefrei. Arbeitsunfähig wegen Herzfehlers.
7. VI. 06. Tubensterilisation Vaginofixatio uteri. Kolpoperineorrh.	Glatter Heilungserlauf. Entlassungsbefund: 16 Tage p. op. Alles gut geheilt; beschwerdefrei.	17. VI. 13 (Brief). Kein Vorfalll mehr. Ganz beschwerdefrei. Vollkommen arbeitsfähig.
2. VI. 06. Vaginofixatio uteri. Kolpoperineorrh.	Glatter Heilungsverlauf. Entlassungsbefund: 14 Tage p. op. Wunden gut geheilt. Scheidenwände drängen nicht mehr vor.	11. VI: 13 (Brief.) Vom Vorfall hat sich nichts mehr gezeigt. Seit Operation vollständig beschwerdefrei. Dem hohen Alter (76½) entsprechend arbeitsfähig. (Asthmatische Beschwerden).
21. XII. 05. Kolporrh. Ant. mit Blasenreffung. Vaginofixatio uteri. Kolpoperineorrh.	Glatter Heilungsverlauf. Entlassungsbefund: 17 Tage p. op. Uterus in Anteflexio II. Scheide eng. Beschwerdefrei.	27. VI. 13 (Brief). Wieder leichter Vorfall der vord. Scheidenwand. Häufiges Wasserlassen. Obstipation. Nur teilweise arbeitsfähig. Recidiv.
12. XI. 03. Kolporrh. Ant. Vaginofixatio uteri. Kolpoperineorrh.	Normaler Heilungsverlauf. Entlassungsbefund: 19 Tage p. op. Damm gut geheilt. Uterus gut antefl., fixiert.	11. VI. 13 (Brief vom Arzt). Mäßiger Descensus vag. Ant. mit Cystocele seit ½ Jahr, deshalb gegenwärtig in ärztl. Behandlung. Bis vor ½ Jahr war Pat. ohne Beschwerden. Seitdem Beschwerden beim Wasserlassen. In ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt. Recidiv.

Tabell.

Fortl. Nr. Journal-Nr.	Name Beschäftigung Alter	Geburten Aborte	Anamnese	Diagnose
1903				
66 260	M. R. Landwirtsfrau 50 Jahre	4 Partus sp., letzter vor 3 Jahren. 1 Abort (1886).	Vorfallbeschwerden seit der Fehlgeburt 1886. Seit 1 Jahr Beschwerden sehr stark. Häufiger Harndrang. Ring getragen von 1886 bis 1889, dann wurde Vorfall besser.	Descensus vagin ant. et post. Retroflectio ute Metritis.
1902				
67 557	Witwe B. K. Metzgereibesitzerin 56 Jahre	3 Partus sp.	Unbestimmt, wie lange Beschwerden bestehen. Gefühl, als ob Eingeweide herausfallen würden. Starker Harndrang.	Prolapsus vagin praecipue ant Retroflexio ute mobilis. Elongatio colli Dammriß II. Grad

ɔrtsetzung.

Operation	Heilungsverlauf	Nachuntersuchung
29. V. 03. Kolporrh. Ant. Vaginofixatio uteri. Kolpoperineorrh.	2.—9. Tag p. op Temperatursteigerung bis 38,7°. Sonst normaler Heilungsverlauf. Entlassungsbefund 17 Tage p. op. Damm gut geheilt, Portio hochstehend, Uterus in Anteflexio-versio I.	16. VI. 13 (Sprechstunde). Damm hoch, Vagina sehr lang. Portio tritt beim Pressen nicht tiefer. Uterus antefl., etwas beweglich. Keine Senkung mehr. Wasserlassen, Stuhlgang o. B. Nur leichte Arbeit entsprechend dem Alter.
30. VIII. 02. Kolporrh. Ant. Vaginofixatio uteri. 12. IX. 02. Lawson-Tait.	Glatter Heilungsverlauf. Entlassungsbefund: 18 Tage p. op. II. Wunden gut geheilt, beim Pressen wölbt sich nichts vor. Beschwerdefrei.	Gestorben.

Lebenslauf.

Verfasser der Arbeit, Alfred Fikentscher, Sohn des K. B. Generaloberarztes a. D. Dr. Fikentscher in Augsburg, wurde am 30. April 1888 in Augsburg geboren.

Er besuchte ein Jahr lang das K. hum. Neue Gymnasium in Würzburg, dann das K. hum. Gymnasium St. Anna in seiner Vaterstadt, das er im Juli 1907 mit dem Zeugnis der Reife verließ.

Im Herbst 1907 ließ er sich zum Studium der Medizin an der Universität München immatrikulieren und ging dann für 2 Semester an die Universität Kiel. Dann bezog er wieder für 3 Semester die Universität München, wo er im März 1910 die ärztliche Vorprüfung ablegte und im Sommer 1910 gleichzeitig seiner ersten halbjährigen Dienstpflicht genügte.

In München hörte er die Vorlesungen der Herren Professoren Bayer, Röntgen, Rückert, Mollier, Frank, Hertwig, Borst, in Kiel die Vorlesungen der Herren Professoren Graf Spee, Meves, Dieterici, Reinke, Feist, Harries, Hensen.

Die übrigen 4 klinischen Semester brachte er an der Universität Straßburg zu.

Hier waren seine Lehrer die Herren Professoren Schmiedeberg, Madelung, Fehling, Moritz, Wenkebach, Bayer, Chiari, Wollenberg, Hertel, Cahn, Ehret, Ledderhose, Czerny, Uhlenhut, E. Meyer, Wolff, v. Tabora, Manasse, Weidenreich, Römer, Schickele.

Am 16. Dezember 1912 bestand er das medizinische Schlußexamen und war seitdem als Medizinalpraktikant in der Augen- und Frauenklinik der Universität Straßburg tätig.